

DU
CANCER PRIMITIF
DE LA PLÈVRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ TRIVIOT

Né le 2 Décembre 1835, à Saint-Jean-de-Soudin (Isère),



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1895

DU
CANCER PRIMITIF
DE LA PLÈVRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ TRIVIOT

Né le 2 Décembre 1835, à Saint-Jean-de-Soudin (Isère),



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYEN.
CONDAMIN.	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE	COLLET.		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET (M.), Président; M. TESSIER, Assesseur; MM. ROQUE et GANGOLPHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Désireux de bénéficier des avantages que nous offrait la loi de 1892, nous avons essayé de convertir en doctorat nos examens d'officiat.

C'est à la Faculté de Lyon que nous avons suivi les cours et la clinique nécessaires pour atteindre ce résultat.

Aujourd'hui que nos efforts sont couronnés de succès, nous avons le devoir de remercier tous les maîtres bienveillants qui nous ont aidé de leur appui et de leur conseil.

La thèse inaugurale que nous présentons nous avait été proposée par M. le professeur agrégé Roque, qui nous a fourni l'observation clinique qui lui sert de base. Mais un tel travail n'aurait pu être mené à bien sans l'aide de M. le Dr Bret, chef des travaux de la Clinique médicale, qui a bien voulu mettre à notre service son érudition et ses connaissances toutes spéciales en anatomie pathologique. Nous sommes heureux de lui adresser ici, nos plus sincères remerciements.

M. le professeur Bondet, qui nous avait toujours accueilli avec bonté, dans son service, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes sensible à l'honneur qu'il nous fait et le prions de croire à notre sincère reconnaissance.

DU
CANCER PRIMITIF
DE LA PLÈVRE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

D'un diagnostic délicat au lit du malade, les cancers de la plèvre offrent encore à l'autopsie des lésions souvent difficiles à interpréter. Aussi, quand on cherche à établir les caractères cliniques et anatomopathologiques spéciaux aux productions malignes primitives de cet organe, est-il prudent de n'accepter, comme matériaux d'étude que des observations triées avec soin. Encore ne trouverons-nous là que des documents incomplètement utilisables. Et cela par la raison bien simple, que, soucieux, avant tout, de la portée pratique de leurs remarques, beaucoup d'auteurs ne vont guère plus loin que le diagnostic différentiel dans l'analyse des faits dont ils disposent.

Et, de fait, il est d'un mince intérêt au point de vue du diagnostic et du pronostic lorsqu'on est bien convaincu qu'un épanchement pleural est de nature cancéreuse de savoir si le processus est né dans la plèvre, ou s'il a eu pour point de départ la lésion d'un autre organe.

C'est par cela que l'étude des néoplasmes malins de

cette séreuse se dégage si péniblement de l'histoire générale des cancers pleuro-pulmonaires; et, pour tout dire, ne figure qu'à titre d'indication dans le diagnostic différentiel des pleurésies hémorragiques. Aussi, faut-il remonter aux premiers travaux publiés sur cette question pour trouver des observations ayant trait à l'affection qui nous occupe. Durant toute une période dont les recherches de Trousseau marquent le début, et qui, en France tout au moins, se poursuit jusqu'à ces dernières années, l'existence du cancer primitif de la plèvre ne se discute guère qu'à propos de certains cas de pleurésie hémorragiques. Or, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que ces premiers essais ont abouti à des conclusions erronées. D'une part, Trousseau ¹, exagéra la fréquence des épanchements hémorragiques dans le cancer pleuro-pulmonaire, opinion qui ne cesse de prévaloir qu'après les travaux de Blumenthal, de Dieulafoy et de Moutard-Martin ².

D'autre part, M. Jaccoud ³ affirmait que le cancer de la plèvre n'est jamais primitif. Or, une observation intéressante, publiée en 1874, par M. Lépine ⁴, sembla fixer l'attention des auteurs sur l'existence possible de ce processus. Elle fut reproduite dans la thèse d'Arnault de la Ménardièrre ⁵, laquelle est, à notre connaissance, le premier travail d'ensemble consacré à cette question.

¹ Thèse de Paris, 1868.

² Thèse de Paris, 1878.

³ Jaccoud, Traité de pathologie interne, 1883, t. II, p. 639.

⁴ Lépine, Gazette médicale de Paris, 1874.

⁵ Arnault de la Ménardièrre, Etude clinique sur les manifestations cancéreuses de la plèvre, thèse de Paris, 1874.

Trois autres thèses ont paru en France sur le même sujet. La thèse de Leplat ¹ est basée sur quatre observations, dont une seule nous paraît probante et non sans réserve.

Dans la thèse de Vinet ² sont rassemblés neuf cas, dont un certain nombre sont sans valeur, à notre point de vue, car l'auteur étudie le cancer pulmonaire en général.

Quelques observations publiées isolément, constituent des documents cliniques et anatomopathologiques intéressants ; tel est le cas publié par MM. Dieulafoy ³ et Dutil ⁴, et ceux présentés par M. Gouguenheim ⁵, à la Société médicale des hôpitaux de Paris ; par MM. Gangolphe et Dumarest ⁶ à la Société des sciences médicales de Lyon. Plus récemment, la thèse de Brunati ⁷, exclusivement consacrée à l'étude clinique du sarcome primitif de la plèvre, renferme une observation inédite, et la relation des deux cas présentés à la Société anatomique.

Dans cette bibliographie, en apparence assez riche, nous avons éliminé un certain nombre de faits. Il est trop facile, en effet, de se méprendre sur la portée des observations présentées par les auteurs. Car, d'une part, le contrôle anatomique est plein d'embûches, et d'un autre

¹ Leplat, thèse de Paris, 1894.

² Vinet, thèse de Paris, 1884. Du cancer pleuro-pulmonaire.

³ Dutil, Gazette médicale de Paris.

⁴ Dieulafoy, Société médicale des hôpitaux de Paris.

⁵ Gouguenheim, Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 26 mars 1886.

⁶ Dumarest, Lyon médical, 1894.

⁷ Brunati, thèse de Paris, 1894. Etude clinique sur le sarcome primitif et la plèvre.

côté, nous ne pouvons encore ramener à un criterium certain, les caractères microscopiques de cette lésion.

Les difficultés du contrôle à l'œil nu, des altérations pleurales apparaissent nettement dans certaines publications, dont nous voyons les auteurs admettre le caractère primitif de la néoplasie pleurale, malgré l'existence manifeste d'altérations cancéreuses dans certains viscères. L'observation III, de la thèse de Leplat, un cas publié par Pitt¹, en sont des exemples.

Dans la première une petite lésion de l'intestin a été systématiquement écartée ; dans le second cas, des petits nodules sous-muqueux du duodénum pourraient être le point de départ de l'épithéliome cylindrique, trouvé au niveau de la plèvre. Il n'est pas rare, en effet, qu'une tumeur cancéreuse minuscule commande des métastases exubérantes.

On pourrait supposer *à priori* que les tumeurs qui se généralisent aux plèvres y donnent naissance à des formations nodulaires diminuées, plutôt qu'à des lésions étendues et diffuses. Or, une remarque de Virchow² est contraire à cette manière de voir ; « on voit, dit-il, sur les membranes séreuses les végétations sarcomateuses partant des premières métastases, envahir dans certains cas toute leur étendue, de manière à former des revêtements continus ».

En résumé, l'interprétation des résultats fournis par l'autopsie offre souvent matière à discussion.

Il serait désirable que l'étude microscopique des lésions donnât des éléments plus précis de différenciation. Or, si

¹ Pitt, Path. Society of London, Lancet, May 19, 1888, p. 977.

² Virchow, Pathologie des tumeurs, traduction Aronsohn, p. 251.

l'on tient compte de tous les faits que l'anatomie pathologique a classés parmi les néoplasmes malins d'origine pleurale, il est trop évident que nos connaissances sur ce point laissent encore subsister bien des inconnus.

A ce point de vue, le parti est mince qu'on peut tirer des observations empruntées à la littérature médicale française, car elles ne comportent pour la plupart que des indications histologiques très sommaires.

Les plus authentiques et les moins discutables parmi ces observations se rapportent évidemment à des cas de sarcomes développés primitivement dans la plèvre. La seule difficulté en pareil cas consiste à déterminer le point de départ de la tumeur, car la lésion bien qu'étendue à l'ensemble des feuillets pleuraux prédomine souvent au niveau de certaines régions en continuant avec le tissu conjonctif sous pleural, le médiastin notamment.

Citons dans cet ordre de faits le cas de Hofmokl ¹ de Samuel Gardon ², ceux présentés à la Société anatomique par Bernard ³ et F. Reynault ⁴, le cas inédit de Brunat ⁵, qui tous contribuent à établir d'une façon indiscutable l'existence des sarcomes primitifs de la plèvre.

On peut regretter que dans toutes ces observations les examens microscopiques n'aient pas été poussés plus loin que l'exigeait le diagnostic histologique de la lésion, car,

¹ Société de médecine de Vienne, 14 nov. 1884. Semaine médicale, 1884, p. 457.

² Samuel Gordon, Dublin. med. journal, mai 1874. Analysé in thèse de Vinet.

³ Bernard, Société anatomique, Paris, 12 novembre 1893.

⁴ F. Reynault, Bulletin Soc. anat., Paris, 1887, p. 528-531.

⁵ Brunat, thèse de Paris, 1894.

pour beaucoup d'auteurs l'étude anatomique des sarcomes mériterait d'être révisée, et nulle part mieux que dans les séreuses n'apparaîtraient plus clairement les affinités de ces productions avec d'autres tumeurs rangées jusqu'à nouvel ordre, dans la série conjonctive, l'endothéliome ou cancer endothélial.

Déjà en 1869, Ch. Robin ¹ décrivait comme épithélioma primitif des séreuses, des productions auxquelles les recherches ultérieures attribuèrent plus tard une terminologie variée.

C'est ainsi qu'elles ont été désignées successivement sous les noms de : cancer endothélial (Wagner²) *Pleuritis carcinosa* (Perls)³, *Lymphangitis carcinomatodes*, Schottelius⁴, *Lymphangitis prolifera*, Schwenninger⁵. Ces lésions, en ce qui concerne la plèvre, ont été l'objet de plusieurs travaux d'ensemble, parmi lesquels nous devons citer les mémoires importants de Nellsen ⁶ et de Bostroem ⁷.

Telle qu'elle est définie par les auteurs, la lésion dont il s'agit ici diffère absolument du sarcome et du carcinome vulgaire.

Elle serait produite par la prolifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques; celle-ci s'opérant simultanément

¹ Ch. Robin, Recherches sur l'épithélioma primitif des séreuses, Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1869, p. 239.

² Wagner, Arch. der Heilkunde (Bd. XI).

³ Perls, Virchow's Arch. Bd. LVI.

⁴ Schottelius, Inaugural dissertation, Wurzburg, 1874.

⁵ Schwenninger, Annalen des stadt. allgem. Krankenhauses zu Munchen, Bd. I, 1878.

⁶ Nellsen, Deutsche Arch. fur Klin. Medicin, Bd. XXXI, 1882.

⁷ Bostroem, Inaugural-Dissertation, Erlangen, 1884.

ment sur une multitude de points de la surface de la plèvre, ainsi qu'au niveau des foyers métastatiques, de telle sorte que partout où se rencontrent des éléments épithéliaux néoformés, dans la plèvre aussi bien que dans les organes éloignés, ils procèdent de l'irritation formative des surfaces endothéliales préexistantes, et n'ont pas comme il en est de règle dans les sarcomes et dans les carcinomes du transport à distance, des éléments nés seulement sur un point, l'endothélium restant passif.

Deux observations de A. Fraenkel¹ complètent la liste des faits qui concernent le cancer endothélial de la plèvre ; nous pourrions y joindre également un cas publié par Rossier (de Lausanne)², si l'auteur n'avait pris soin, tout en signalant l'analogie qu'offraient ses constatations microscopiques avec les descriptions des auteurs précédents, de réserver toute interprétation pathogénique ; il propose à ces faits le titre de cancer primitif diffus, dénomination qui a l'avantage de faire ressortir une particularité macroscopique presque spéciale au cancer primitif de la plèvre, à savoir, l'extension diffuse, en nappe, des lésions.

Grâce aux descriptions minutieuses des auteurs que nous venons de citer, la notion du carcinome pleural devient moins étrange et le terme moins malsonnant. Elle nous explique les singularités apparentes des faits publiés sous ce titre (Lépine, Dutil, Gouguenheim).

Convient-il de maintenir dans les limites d'une dichotomie immuable, les deux groupes de tumeurs dont nous

¹ Fraenkel, Du cancer endothélial primitif de la plèvre, *Centralblatt für klin. Med.*, 1892, p. 51.

² Licgléry, *Beiträge z. path. Anat.*, p. 103, 1893.

venons d'esquisser rapidement l'histoire? Faut-il, au contraire, à l'exemples de quelque auteurs¹, tenter un rapprochement entre les sarcomes vulgaires et les tumeurs endothéliales?

A la vérité, il s'agirait alors de trouver pour la plèvre, ainsi qu'il a été fait pour d'autres séreuses, l'arachnoïde notamment, et pour les angiomes cutanés², des cas nombreux établissant une transition entre le type endothélial pur et le sarcome vulgaire. C'est pour cela (bien que, à ce point de vue, nos recherches aient été infructueuses) que nous avons cru devoir faire une aussi large part aux descriptions histologiques dans l'observation qui va suivre.

¹ Monod et Arthaud, *Revue de chirurgie*, 1887.

² Jolly, *Angioma cutané*. *Arch. médecine expérimentale*, 1895.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si, comme nous chercherons à le démontrer dans un autre chapitre, le cancer primitif de la plèvre possède une histoire clinique qui lui est propre, il est cependant indiscutable que le point culminant de son étude, au moins, à l'heure actuelle, réside encore dans les descriptions anatomiques.

Puisqu'en effet, l'accord n'est pas unanime concernant la légitimité de tous les types histologiques décrits jusqu'ici comme néoplasmes malins de la plèvre, et que, d'autre part, il y aurait un intérêt doctrinal considérable à ce que nous puissions attribuer désormais aux formes épithéliales la signification qui leur convient, c'est à l'examen détaillé des particularités de structure que devrait être consacrée la partie plus importante de ce travail.

Or, à ce point de vue, toute conception originale nous est interdite puisque nous n'avons de fait personnel à notre disposition qu'un cas unique de sarcome primitif de la plèvre. Cependant, telle qu'elle ressort de notre observation, et des faits empruntés à la littérature médicale,

l'histoire anatomique du cancer primitif de la plèvre, n'en est pas moins féconde en remarques intéressantes. Elle permet en particulier d'établir une relation indiscutable entre certains symptômes et des manières d'être particulières du néoplasme.

Nous nous sommes demandé, en outre, sans oser, il est vrai, formuler que des conclusions provisoires, si, dans tous les cas que nous avons analysés, l'aspect général des lésions pleurales et leur évolution, ne se modifiaient pas en même temps que changerait leur substratum histologique. Wagner et les auteurs allemands affirment, en effet, que le cancer endothélial de la plèvre se distingue des sarcomes par des caractères cliniques et macroscopiques.

Quand on lit les relations d'autopsie, on voit que le cancer primitif de la plèvre, à l'ouverture du cadavre, se montre sous deux aspects principaux qui, à la vérité, loin de représenter deux modalités anatomiques distinctes, ne sont en réalité, que les dominantes d'un même processus. Ce qui frappe à première vue, c'est toute une tumeur d'un volume plus ou moins considérable, tantôt un vaste épanchement ; bien souvent, enfin, les altérations pleurales offrent la combinaison d'un épanchement d'aspect variable, avec le bourgeonnement plus ou moins considérable d'un point quelconque du sac qui le renferme.

Il est exceptionnel, même lorsque la tumeur acquiert un très grand développement, que la cavité pleurale soit complètement oblitérée (cas de Dutil), il persiste en général une poche du volume d'un œuf de poule, d'un poing d'adulte, d'une tête de fœtus à terme, renfermant un

liquide, des caillots ou des débris membraneux. L'infiltration néoplasique peut avoir comblé une grande étendue de la cavité pleurale, soit en avant, soit au sommet, soit au niveau du sinus costo-diaphragmatique. C'est là surtout le fait des néoplasies à développement exubérant, qui se présentent à l'autopsie : non plus comme un épaississement uniforme des plèvres, mais comme des tumeurs volumineuses que l'on a sous les yeux dès que le thorax a été ouvert.

En pareil cas, la tumeur adhère le plus souvent au plastron thoracique, et pour détacher celui-ci, on est obligé de sculpter en plein tissu de néoplasme. Ce tissu est friable, s'enlève par morceaux, il a l'aspect d'une cervelle de mouton (Bernard), ou bien il est ferme, blanc, grisâtre mamelonné (Dumarest), dans d'autres cas, c'est une large plaque indurée, mesurant plusieurs centimètres d'épaisseur qui s'étend au-devant du péricarde et du poumon (Dutil). Le point de départ de ces tumeurs est difficile à préciser, lorsqu'elles se sont largement diffusées dans le thorax. Le tissu néoplasique infiltre les espaces intercostaux et parfois fait une saillie visible extérieurement ; tel, le cas de Schreiber, rapporté dans la thèse de Vinet (obs. IX), qui relate la présence d'une tumeur de la partie inférieure du dos, descendant presque sur la crête iliaque. Citons également, d'après le même auteur (obs. VIII), la perforation d'un espace intercostale avec présence de nodosités dans les muscles. Nous distinguerons toutefois cette extension du néoplasme des griffes produites dans la paroi thoracique par les ponctions.

Les côtes peuvent présenter quelques noyaux dans

leur épaisseur (Bernard), le périoste est parfois décollé.

Le diaphragme est refoulé plus ou moins bas, repoussant devant lui les viscères abdominaux. Dans le cas rapporté par Bernard, à la Société anatomique, la convexité du diaphragme du côté gauche était abaissée de 20 centimètres au-dessous de la cinquième côte. Dans ce cas, la tumeur était visible extérieurement au-dessous du rebord costal. Le rein gauche était descendu jusqu'au promontoire.

Le diaphragme est partiellement infiltré ou complètement détruit (Dumarest).

Le médiastin est un lieu d'élection pour ces infiltrations provenant des gros cancers de la plèvre. Le médiastin postérieur peut être comblé par le néoplasme, lequel confond dans sa masse tous les organes de la région, aorte, œsophage, azygos pneumogastrique. Une des faces du péricarde participe toujours à l'épaississement de la plèvre, soit que l'infiltration dépassant les limites du sac fibreux s'épanouisse sur sa face interne et même s'accompagne de nodules cancéreux sur le péricarde viscéral (obs. II) (thèse de Leplat), soit qu'au contraire, ce qui semble la règle, les masses blanches de la plèvre médiastine envahissent le feuillet fibreux sans le perforer, en se bornant à le refouler.

Le cœur est toujours plus ou moins déplacé.

Lors même que nous ne trouvons pas à l'autopsie les grosses tumeurs bourgeonnantes que nous venons de décrire, il est d'observation constante que le médiastin, ou la région voisine du péricarde soient intéressées dans l'ensemble des lésions plus qu'aucun autre point de la surface pleurale.

Le bourgeonnement cancéreux comprime ou envahit les gros vaisseaux de la base du cancer. Dans le fait publié par M. Lépine, il est dit que la veine cave supérieure à 2 centimètres de son embouchure était perforée par un champignon du volume d'un très gros pois faisant saillie dans l'intérieur du vaisseau.

Dans l'observation que nous publions, un gros bourgeon cancéreux siégeait à la partie inférieure de la plèvre médiastine. Dans un autre fait (Dutil), la veine supérieure, à sa partie terminale était comprimée sur une longueur de 3 centimètres par une tumeur développée surtout au niveau du cul-de-sac antérieur de la plèvre et qui reposait par son bord interne sur l'infundibulum pulmonaire. L'invasion du péricarde peut aller très loin et dans certains cas que l'on peut, il est vrai, interpréter comme se rapportant au cancer du péricarde; celui-ci est transformé en une gaine cancéreuse de 3 à 4 centimètres d'épaisseur, dans laquelle le cœur se meut encore aisément (obs. II, thèse de Leplat).

Ailleurs, la tumeur est implantée dans le médiastin antérieur (obs. III, thèse de Vinet). Dans ces deux cas, la lésion part de là pour s'étendre aux deux plèvres costales, mais intéressant l'une d'elles à un degré plus marqué.

Du reste les deux côtés du thorax peuvent être lésés, soit que les altérations s'irradient par continuité en partant du précédent comme centre, soit qu'il s'agisse simplement de production métastatiques.

En règle générale, les lésions ne sont diffuses et étendues que d'un seul côté. En pareil cas ce sont des noyaux isolés que l'on rencontre sur la plaie viscérale et pariétale du côté opposé où siège la lésion primitive.

C'est également par formation nodulaire plus ou moins volumineuses, plates ou arrondies, rares ou confluentes que procèdent les altérations cancéreuses sur la plèvre malade primitivement ; seulement elles sont souvent plus ou moins couvertes et marquées par les lésions inflammatoires qui les accompagnent.

Lors même qu'à première vue la plèvre semble transformée en une *coenne épaisse* d'un tissu blanchâtre répandu à peu près uniformément sur tout son pourtour, l'on trouve dans son épaisseur des noyaux isolés ou groupés, en microscope, sinon à l'œil nu (obs. personnelle) ; les noyaux dans d'autres cas, forment la surface de la plèvre en semis très fin qui parfois laisse à nu les organes sous-jacents, parfois aussi s'étend sur eux en une nappe presque continue.

La plèvre renferme un liquide plus ou moins abondant qui peut atteindre plusieurs litres (5, 6 lit. obs. de Reynaut).

D'une façon générale, l'exsudat est d'autant plus abondant que les tissus sont moins épaissis, ont moins de tendance à former des masses volumineuses, ce qui s'explique par le fait que dans ce dernier cas, l'affection dure déjà depuis quelque temps, et que d'autre part les réactions inflammatoires sont apparentes surtout au début. La nature de ce liquide est variable, il est tantôt citrin, absolument clair, tantôt louche et sanguinolent ; d'autre fois c'est un exsudat franchement hématique accompagné de caillots, de fragments fibrineux, qui cloisonnent plus ou moins la cavité pleurale.

Presque constamment le poumon est perdu au sein du tissu de nouvelle formation et l'on a quelque peine à

le retrouver fixé qu'il est, au sommet, de la cavité pleurale, sous forme d'un petit moignon blanchâtre du volume d'un poing, ou plus petit encore. Il est entouré de toutes parts par la plèvre viscérale épaissie ; son tissu est absolument vide d'air. Lorsque la plèvre interlobaire participe à la néo-formation, le poumon est représenté parfois par deux ou trois lamelles noirâtres séparées par des tranches de tissu blanchâtre lardacée. Des nodules du volume d'un pois, d'une cerise peuvent se rencontrer dans son épaisseur, absolument isolés, ou bien en continuité avec la plèvre viscérale. Les adénopathies sont fréquemment signalées intéressant les ganglions du hile, ceux du médiastin, ou bien en dehors du thorax, les ganglions sus-claviculaires (Freenkel), axillaires et inguinaux.

Les métastases siègent, en premier lieu, assez fréquemment sur le poumon, et sur la plèvre du côté opposé. Les auteurs les signalent dans très grand nombre d'organes. Mais avant de les énumérer il y aurait intérêt à mettre en regard de ces manifestations lointaines du cancer pleural, la variété histologique dont elles procèdent. Malheureusement les documents sont trop peu nombreux pour nous renseigner d'une façon satisfaisante à ce point de vue. Toujours est-il qu'en nous en tenant aux seules observations rassemblées jusqu'ici, on peut établir comme indication provisoire, que les métastases de même que les lésions pulmonaires sont plutôt rares, dans le sarcome primitif de la plèvre, alors que les généralisations cancéreuses semblent plus fréquentes dans les autres formes de tumeur. C'est à propos des cas d'endothélium et du carcinome de la plèvre que nous voyons citer les métastases dans le foie (Schultz, Perls), les reins (Rossier), les côtes,

la dure-mère et la choroïde (Perls). Nous pourrions poursuivre ce parallèle et établir également que le développement cancéreux sous forme de masses volumineuses et friables, est plutôt le fait des tumeurs sarcomateuses, et qu'au contraire le plus souvent dans les descriptions qui ont trait à l'endothéliome de la plèvre, il est question d'un *épaississement diffus de la séreuse assez comparable à l'aspect d'une pleurésie calleuse* (Neelsen), si bien que dans certains cas la nature néoplasique de la lésion a pu être méconnue. Mais ces caractères différentiels n'ont rien d'absolu ; car le sarcome primitif peut donner naissance à un simple épaississement lardacé des feuillets pleuraux, comme il est dit dans notre observation, assez comparable, en somme, aux reliquats d'une vieille pleurésie.

Le cancer primitif de la plèvre comprend trois groupes de tumeurs, le sarcome, l'endothéliome et le carcinome. Mais comme le carcinome ne constitue pas, à proprement parlé, une espèce, mais une simple variété parmi les néoplasmes épithéliomes, l'ensemble des productions malignes de la plèvre se résume en deux classes de tumeurs, les néoplasmes de nature conjonctive et ceux de nature épithéliale. Le degré de fréquence propre à chacun d'eux est difficile à établir, d'autant que les endothéliomes offrant matière à controverse, bien mieux que les sarcomes dont la présence s'explique aisément par la constitution histologique du tissu pleural, ces tumeurs sont en général, l'objet de descriptions plus nombreuses et plus soignées.

L'important mémoire de Neelsen en relate 9 observations dont 2 personnelles à l'auteur, sont très détaillées ; les

faits publiés ultérieurement par Bastrocus, et Rossier ajoutés aux précédentes, forment une bibliographie assez riche en documents qui témoigne de l'importance absolue de la forme endothéliale du cancer pleural, sinon de sa fréquence relative comparée à celle des sarcomes.

Du reste, les descriptions qui se rapportent à ce dernier groupe de tumeurs n'existent pour ainsi dire pas. Le plus souvent les auteurs se bornent à formuler un diagnostic anatomique, après examen microscopique de fragments dissociés de la tumeur.

C'est d'après ces documents que nous signalerons parmi les néoplasmes de nature conjonctive observés dans la plèvre : 1° le sarcome globo-cellulaire dont nous avons rencontré deux exemples (obs. de Deruschinsky ¹, obs. de Félix de Regnault *in* thèse de Brunati); 2° le sarcome fuso-cellulaire, plus fréquent que le précédent (4 obs.); 3° le cas publié par Demange ² sous le titre de cancer colloïde de la plèvre, pouvait être considéré comme se rapportant à un myxome, à ce propos, que les myxomes et les myxo-sarcomes si fréquents dans le péritoine sont exceptionnels dans la plèvre; 4° citons enfin à titre de curiosité une observation de mélando-sarcome de la plèvre diaphragmatique chez une vache, et que l'auteur (Hamburgen) ³ fait suivre de remarques intéressantes sur l'origine du pigment mélanique.

La brièveté des descriptions des auteurs nous oblige à nous reporter à l'observation que nous publions, parmi ce

¹ Deruschinsky, Deutsche med. Woch., 1888. XVI, p. 52.

² Demange, Cancer colloïde primitif de la plèvre. Revue médicale de l'Est, 1879, p. 180-114.

³ Hamburgen, Arch. für path. Anat., Berlin, 1889, p. 427-429.

qui concerne le sarcome primitif de la plèvre. Les développements histologiques dans lesquels nous sommes entré nous dispensent de reproduire à nouveau les caractères généraux du sarcome fuso-cellulaire. Nous insisterons seulement sur deux points. En premier lieu notons le mode de répartition des éléments néoplasiques. L'épaississement des feuillets pleuraux est constitué par un tissu dans lequel les propriétés du sarcome se combinent à des altérations en apparence inflammatoires. A cette différence près que nous avons trouvé de la fibrine fibrillaire à la surface de la plèvre viscérale, et que cette matière faisait défaut sur les préparations de la plèvre diaphragmatique ; les lésions semblent disposées pourtant suivant un plan général à peu près identique. C'est ainsi qu'au contact même des organes, poumon et diaphragme ; les cellules fusiformes se réunissent en nodules, ou en traînées denses et compactes, *tandis qu'une certaine épaisseur de tissu Conjonctif adulte, semblable aux néo-membranes inflammatoires, s'interpose entre les éléments précédents, et les formations sarcomateuses récentes répandues à la surface des feuillets pleuraux* ; comme si l'infiltration néoplasique se faisait par poussées successives, séparées par un stade de réaction, simplement inflammatoire, donnait naissance à des formations stratifiées.

En second lieu, nous devons signaler la place importante qu'occupent les vaisseaux dans la structure de ce tissu. Cette remarque est intéressante tant au point de vue de la signification morphologique du sarcome fuso-cellulaire, qu'au point de vue plus restreint du mécanisme de l'hémorragie ; car dans l'espèce nous croyons possible d'expliquer cette dernière par la rupture des vaisseaux

embryonnaires de la tumeur, la structure des nappes hémorragiques de la plèvre viscérale en fournit du reste une démonstration facile à saisir.

La richesse du tissu sarcomateux en éléments vasculaires néo-formés est apparente, surtout dans les points de formation récente. Ici, l'individualité des cellules fusiformes disparaît en quelque sorte, et ce qui frappe à première vue, c'est une disposition particulière du stroma, lequel limite des espaces arrondis, ou des fentes cylindriques, vides ou remplis de globules rouges ; tandis que le long du réticulum ainsi disposé, les cellules forment un revêtement régulier. Notons, en passant, que le réticulum fibrillaire, se continue de la façon la plus nette avec les faisceaux conjonctifs du tissu environnant. Notons enfin, qu'entre les formations lacunaires remplies de globules rouges et les vaisseaux les mieux constitués, nous rencontrons tous les aspects intermédiaires.

Nous serons bref sur la structure des endothéliomes pleuraux dont nous n'avons jamais eu d'exemple sous les yeux. Nous nous bornerons à en parler d'après les auteurs en empruntant au travail de Neelsen les éléments principaux de la description. Cet auteur dit que l'épaississement de la plèvre n'est pas dû à une superposition de fausses membranes, mais que tous les éléments de l'organe y prennent part, *comme dans une hyperplasie ordinaire*. Le stroma est constitué par du tissu conjonctif plus abondant que dans la plèvre normale, formant dans son ensemble une sorte de filet, entre les mailles duquel se trouvent des crevasses communiquant entre elles et remplies de cellules. Par leur symétrie et leur disposition on voit qu'il s'agit de vaisseaux lymphatiques dilatés et en

voie de prolifération. On a ainsi un double réseau de canaux anastomosés. Dans les parties profondes de la plèvre leur configuration est moins nette, par suite de la dilatation des espaces lymphatiques, et *l'on a l'impression d'alvéoles à parois minces disposées côte à côte*. Le contenu de ces alvéoles est constitué par des cellules épithéliales tassées les unes contre les autres et remplissant la lumière de l'alvéole.

Dans la plupart des alvéoles, et surtout dans les espaces formant réseau, on voit des cellules cubiques ou cylindriques à la périphérie, tandis que les cellules du centre ont une forme polygonale irrégulière. Tels sont les caractères principaux assignés par les auteurs à l'endothéliome de la plèvre ; toutes les observations sont à peu près superposables ; seule l'interprétation diffère. Dans le travail le plus récent, relatif à cette forme de cancer pleural, dû à un élève du professeur Stilling, le Dr Rossier, l'origine lymphatique est sinon combattue, du moins tenue pour insuffisamment démontrée. Avec toutes les réserves que comporte les opinions émises par Neelsen et les auteurs allemands sur la genèse de l'endothéliome, les faits publiés sous ce titre ont assurément un très grand intérêt. Il nous faut comprendre en particulier la raison de certaines observations tenues longtemps pour suspectes (Jaccoud), tant il devait paraître contraire aux aptitudes d'un tissu d'origine mésodermique que la plèvre put donner naissance à des productions épithéliales. Le fait qu'en certains points l'endothéliome le mieux caractérisé peut revêtir un aspect alvéolaire, justifie *a priori* l'admission du carcinome parmi les tumeurs malignes primitives de la plèvre et donne droit de cité dans la bibliographie de

cette affection aux observations microscopiques, malheureusement trop succinctes, auxquelles on attribue cette épithète. Parfois, en effet, l'on se borne à signaler la structure alvéolaire et le polymorphisme cellulaire de la tumeur (Gouguenheim ¹, Lépine ²), ailleurs, l'auteur est plus explicite, c'est un épithélioma à cellules squameuses (Harris ³), une tumeur constituée par des cellules épithéliales aplaties, arrangées concentriquement dans des espaces alvéolaires (Collier ⁴), des amas cellulaires lobulés sphériques avec dégénérescence granulée, graisseuse, centrale (origine de cavités pseudo kystiques) et qui paraissent avoir pour point de départ la paroi des vaisseaux dégénérés (ces vaisseaux offrent sur plusieurs points de leur trajet de petits amas de cellules cancéreuses, polymorphes, Dutil ⁵).

¹ Loc. cit.

² Loc. cit.

³ Harris, Manchester pathological Society, décembre 1892.

⁴ Collier, Lancet, 1885, novembre. p. 945.

⁵ Dutil, loc. cit.

ÉTUDE CLINIQUE

Une première conclusion à tirer de l'étude anatomique qui précède, c'est que le cancer primitif de la plèvre a comme caractères objectifs principaux tantôt ceux d'une tumeur maligne, tantôt ceux d'une pleurésie ordinaire. Ces deux aspects se retrouvent en clinique accentués surtout au début de l'affection. Ce début est parfois brusque, et l'allure générale de la maladie est rapide comme dans une pleurésie subaiguë. Il se peut, au contraire, que les premières phases restent latentes, et que l'évolution demeure lente. En pareil cas, une période plus ou moins longue de cinq mois (La Ménardière), de trois mois (Bernard, Brunati), sépare les premiers symptômes de la période d'état de la maladie, ou pour mieux dire, du moment où celle-ci est pleinement confirmée. Cette phase, en quelque sorte préparatoire du processus, est marquée soit par une modification de l'état général (amaigrissement progressif, perte des forces), soit par quelques symptômes locaux ; premier indice des néoformations dont la plèvre commence à être le siège.

Au premier rang de ces phénomènes initiaux figure le point de côté, ou ce qui est plus exact, une douleur locale, souvent très vive, douleur diffuse, étalée dans toute une moitié de thorax, localisée à la pression dans plusieurs espaces intercostaux ; cette douleur est parfois continue en dehors des circonstances qui l'exaspèrent, telles que la pression sur une large surface, les secousses de **toux**, etc. Elle s'irradie dans l'épaule et le membre supérieur correspondant.

Le vrai point de côté fugace, moins étendu, est plutôt le fait des formes à marche aiguë.

La gêne respiratoire est déjà très marquée à cette période : tantôt continue, tantôt seulement provoquée par les efforts. Les accès de paroxysmes dyspnéiques peuvent survenir en dehors de toute cause provocatrice simulant des accès d'asthme. Toutes ces circonstances réunies conduisent peu à peu le malade à une acmé de son affection, où les symptômes subjectifs se combinent à des signes locaux des plus nets.

A cette période ou bien les manifestations premières ont conduit à soupçonner l'existence d'une pleurésie, ou bien la physionomie clinique générale de la maladie implique une toute autre interprétation. Dans ce dernier cas, le malade peut présenter une série de symptômes objectifs dont la fréquence d'une part, et leur corrélation bien établie avec des particularités anatomiques adignées d'autre part, constituent un ensemble presque pathognomonique. Ce sont des signes relevant de la compression des organes thoraciques. C'est ainsi que dans nombre d'observations il est dit que le malade présente de la turgescence des veines du cou, d'une moitié du thorax et

du bras correspondant, de la face également (Caetaux, Vinet, Lépine, Bernard). Ces symptômes de compression donnent parfois au malade l'aspect d'un asystolique (Dutil-Dieulafoy). La dilatation unilatérale des veines cutanées s'accompagne en général d'œdème limité à une moitié du thorax. Parfois l'œdème s'étend aux quatre membres (Dutil).

On note parfois une dysphagie assez accusée (obs. I de la Ménardière), bien que par le cathétérisme on puisse constater une perméabilité relative de l'œsophage (Collier¹). Dans deux observations on relate des troubles oculo-pupillaires ; une fois des phénomènes vaso-moteurs du côté de la face ont été signalés (obs. personnelle et cas de Bernard).

Le thorax, du côté malade, peut présenter une déformation assez marquée. Le plus souvent c'est une voussure généralement en rapport avec l'importance de l'épanchement ; à moins que la saillie, présentée par les téguments, ne soit due à l'extension de la tumeur pleurale développée alors vers les parties molles, l'abdomen ou le dos. Ce qui, à la vérité, s'observe rarement (Bernard) (Vinet obs. VIII et X.) Dans d'autres cas la paroi thoracique est plutôt rétractée.

Le cœur subit presque toujours un déplacement assez notable.

L'examen direct du thorax à la percussion et à l'auscultation met en lumière tous les signes propres aux épanchements pleuraux sans aucune particularité spéciale à l'affection qui nous occupe.

¹ Collier, *Lancet*, 21 novembre 1885, p. 945.

La ponction que nécessitent souvent la dyspnée et les symptômes asphyxiques complète l'examen en nous renseignant sur la nature du contenu de la cavité pleurale, et parfois aussi sur le caractère des modifications anatomiques dont elle est le siège. C'est tantôt un liquide abondant, citrin, limpide (obs. Regnault), que retire la ponction, tantôt un liquide séro-sanguinolent, qui laisse déposer plus tard des globules rouges, tantôt enfin un liquide franchement hémorragique.

Parfois la ponction ne ramène que quelques grammes de sang pur ; il se peut alors qu'on soit tombé en plein tissu morbide ; en pareil cas, la poche que circonscrivent les productions néoplasiques se montre à l'autopsie remplie d'un liquide citrin peu abondant (Bernard).

Les premières ponctions donnent parfois issue à un liquide clair, séreux alors que les thoracentèses ultérieures ramènent un exsudat hémorragique.

L'exsudat peut rester séreux, pendant toute la durée de la maladie ; ainsi qu'en témoignent les autopsies.

L'examen microscopique du liquide donne des résultats très inconstants sur lesquels nous reviendrons à propos de diagnostic.

L'exsudat se reproduit avec une extrême rapidité après chaque ponction ; celles-ci doivent être répétées presque indéfiniment jusqu'au terme fatal de la maladie. Il n'y a d'exception à ce fait très général, que les particularités offertes par l'observation de MM. Dieulafoy et Dutil. Dans ce cas, l'épanchement disparut après une seule ponction ; laquelle fut suivie, du reste, d'une guérison apparente durant quelques semaines.

Dans la discussion, qui suivit la publication du cas de

cancer dans la plèvre, présenté par M. Gouguenheim, à la Société des hôpitaux (26 mars 1886) la pathogénie de l'hémorragie pleurale fut amplement discutée. Pour M. Dieulafoy le sang doit provenir au début de la maladie, des nodules cancéreux eux-mêmes.

M. Moutard-Martin attribue au contraire l'hémorragie à la rupture des fausses membranes, en toutes circonstances; qu'il s'agisse d'une pleurésie cancéreuse ou d'une pleurésie d'une autre nature.

Nous pensons que dans certains cas, l'opinion de M. Dieulafoy cadre parfaitement avec les faits anatomiques.

Il est reconnu que le bénéfice des ponctions est peu considérable; le soulagement qu'elles procurent est passager, et les signes locaux sont à peine modifiés; ce qui tient évidemment à ce que les formations cancéreuses sont déjà épaisses, la plèvre est en quelque sorte matelassée à la période où l'on intervient.

Tout cet ensemble symptomatique apparaît et évolue sans accompagnement de fièvre. La température reste en général au voisinage de la normale avec de rares et très courtes ascensions vers 38-38,5.

Le malade s'achemine plus au moins rapidement vers l'issue fatale qui marque le terme d'un état cachectique de plus en plus accusé ou celui d'une asphyxie progressive que les ponctions répétées sont le plus souvent impuissantes à conjurer.

DIAGNOSTIC

Une étude clinique qui aurait la prétention d'être poussée très loin devrait avoir pour corollaire un diagnostic précis. Ce double mérite n'appartient certainement pas à l'étude qui précède ; elle s'appuie sur un nombre trop restreint de documents, pour que nous puissions en tirer une formule définitive, au point de vue du diagnostic.

Malgré cela, d'après ce tableau clinique encore bien incomplet, il est possible de reconnaître au lit du malade, l'affection qui nous occupe. Assurément le problème est malaisé à résoudre, car nous n'avons pas à notre disposition le critérium d'un ou de plusieurs symptômes pathognomoniques.

La symptomatologie du cancer primitif de la plèvre emprunte des traits principaux à plusieurs affections thoraciques ; elle participe des caractères propres aux pleurésies, aux compressions des organes du médiastin, au cancer des organes thoraciques. Et si l'on songe à la possibilité qu'ont tous ces syndromes isolés de se confondre dans l'histoire clinique des cancers secondaires de la plè-

vre, l'on voit combien le diagnostic de l'affection qui nous occupe, est entouré de difficultés.

L'association de certains symptômes de compression, tels que le développement unilatéral du réseau veineux sous-cutané du thorax, la turgescence des veines du cou (sans asystolie), avec les signes d'un épanchement peuvent, d'après ce qui précède faire songer à une pleurésie cancéreuse. Il n'y a de réserve à rapporter à cette hypothèse que celle qu'implique l'existence possible d'une pleurésie médiastine répandant au type décrit par Grancher ¹. Il s'agit en pareil cas d'une pleurésie à grand épanchement, refoulant les organes du médiastin et donnant lieu à des signes de compression de ces organes.

Mais ces symptômes propres à la période d'état de l'affection peuvent manquer encore au moment où le malade est examiné pour la première fois. Bien que certaines particularités subjectives, telles que l'amaigrissement, l'œdème, les douleurs irradiées à caractère paroxystique fournissent des indications utiles, le diagnostic n'exige un véritable effort de sagacité qu'après la ponction, lorsque celle-ci donne issue au liquide hémorragique. Il faut se rappeler cependant que, dans certains cas l'exsudat est resté clair, citrin, limpide pendant toute la durée de la maladie (obs. de Regnault); parfois même les ponctions exploratrices ramènent si peu de sang, que l'on est en droit de supposer que le trocart a pénétré ailleurs que dans la plèvre, et que l'exsudat est, d'autre part, de médiocre importance.

Ce sont là des faits qui restreignent, dans une certaine

¹ Grancher, Bulletin médical, 1892, p. 1171.

mesure, la valeur diagnostique des résultats de la ponction. Et, de fait dans la pratique, l'on n'est conduit à soupçonner la nature cancéreuse d'une pleurésie que lorsque l'exsudat est hémorragique.

En pareil cas, il faut opter entre trois hypothèses ; ce n'est qu'après avoir successivement rejeté l'idée d'une pleurésie tuberculeuse, et celle d'une pleurésie hémorragique primitive que l'on peut se prononcer avec certitude pour le cancer.

Peut-être serait-il possible de simplifier encore le problème, s'il était prouvé, comme quelques auteurs tendent à l'admettre, que l'hématome pleural simple n'est qu'une pleurésie hémorragique à forme curable (Mesnil¹).

L'épreuve bactériologique du liquide épanché devient, de ce fait, un précieux moyen de contrôle. C'est à l'inoculation du cobaye qu'il faut avoir recours ; car, l'examen microscopique du liquide, et les cultures, sont des procédés infidèles et peu sûrs. Encore cette épreuve n'a-t-elle de valeur absolue qu'autant que l'inoculation donne des résultats positifs. Dans le cas contraire elle laisse debout toutes les hypothèses.

D'autres éléments de diagnostic sont fournis par la présence des adénopathies sus-claviculaires ou axillaires ; soit encore par l'examen microscopique du liquide.

D'après M. Dieulafoy, le liquide d'une pleurésie cancéreuse est très riche en globules sanguins, mais pauvre en fibrine. Cette proposition est trop absolue.

L'autopsie de notre malade nous a montré dans la plèvre

¹ Mesnil, De la pleurésie hémorragique primitive, thèse de Paris, 1894.

de gros paquets de fibrine. D'autre part, on peut constater, en dehors du cancer, des épanchements offrant un chiffre fantastique de globules rouges. M. Lépine¹ a cité l'observation d'un malade atteint de pleurésie hémorragique dont l'épanchement était constitué par du sang presque pur ; il y avait, en effet, 2.500.000 globules rouges par millimètre cube. Ce malade a parfaitement guéri.

La constatation d'éléments figurés sous forme de cellules polymorphes, dégénérées ou non, a dans l'espèce une importance capitale.

Dans une première publication, A. Frænkel crut pouvoir établir que ce fait était spécial aux carcinome de cellule. Depuis, il a retrouvé ces mêmes éléments polymorphes dans un cas d'endothéliome ou *Lymphangitis protofera*.

En résumé, tous les signes énumérés jusqu'ici, n'ayant qu'une valeur très relative, le diagnostic peut rester en suspens : et il est alors de toute nécessité de s'en remettre, pour résoudre ces difficultés, aux particularités qu'offrira ultérieurement l'évolution de la maladie. C'est alors qu'interviendront une série de symptômes d'une signification très nette.

C'est d'abord l'absence de réaction fébrile pendant toute la durée de la maladie. C'est la reproduction rapide de l'exsudat et l'absence de modification appréciable des signes physiques après la ponction. Enfin, il peut arriver que des formations cancéreuses secondaires se manifestent aux points où la thoracenthèse a été pratiquée.

En supposant bien établie, l'origine cancéreuse de

¹ Lépine, Société des Sciences médicales, Lyon, 1894.

l'épanchement, il reste encore à démontrer que la plèvre a été lésée primitivement, qu'elle n'est pas simplement le siège de productions métastatiques. On y parviendra en éliminant l'hypothèse d'un cancer primitif siégeant dans un autre organe. L'expectoration gelée de groseille n'est signalée dans aucune des observations qui se rapportent au sarcome ou au cancer de la plèvre, même lorsque des nodules néoplasiques siègeraient dans le poulmon.

Donc, l'absence d'expectoration caractéristique rendra peu vraisemblable l'hypothèse d'un cancer du poulmon.

Il est possible que, malgré l'examen le plus minutieux de tous les organes, des doutes persistent encore, touchant le point de départ du cancer pleural. La lésion primitive est d'autant plus facile à méconnaître que les altérations en apparence insignifiantes d'un organe éloigné, commandent dans certains cas des manifestations pleurales prédominantes; toutefois, le diagnostic n'est pas toujours environné de tant d'obscurités, et il est des signes qui appartiennent bien, en propre, au cancer primitif de la plèvre. Ce sont ceux que lui attribue son évolution, sous forme de tumeur. Celle-ci devient accessible, soit à la vue, soit à la palpation. Le développement des masses néoplasiques peut en imposer, à droite, pour une tumeur du foie. (Dumarest.) Il est dit, d'autre part, dans l'observation de Bernard, que la palpation permettait de sentir sous les fausses côtes gauches, une saillie qui s'étendait jusqu'à l'ombilic, analogue à une rate paludique très augmentée. Il semble que c'est au niveau de la région des hypocondres que le développement excentrique de la tumeur soit le plus facile à percevoir.

PRONOSTIC

Bien que le pronostic du cancer primitif de la plèvre soit, tout naturellement, subordonné à l'accentuation des symptômes généraux, après la dernière ponction, et tenant compte du cas cité par Dieulafoy, où l'amélioration avait pu faire croire à une guérison, nous croyons qu'il est nécessairement fatal.

L'analyse des observations, qui font l'objet de cette revue, démontre que la mort arrive, ordinairement, à brève échéance, soit par la généralisation du cancer et de la cachexie consécutive, soit par l'asphyxie qu'amène toujours la compression des poumons, des gros vaisseaux ou du pneumogastrique.

TRAITEMENT

En dehors de la ponction qui n'amène qu'un soulagement, et que l'on ne doit pratiquer qu'en cas d'asphyxie, à cause de la prompt reproduction du liquide, le traitement de cette cruelle maladie doit se borner à soutenir les forces du patient, par l'hygiène et par les plus puissants toniques. On calmera les douleurs à l'aide des injections hypodermiques, et les calmants tels que chloroforme, éther, bromure, chloral et les opiacés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*in extenso*).

(*Province médicale*, décembre 1889).

Sarcome primitif de la plèvre :

Hôtel-Dieu de Lyon. Clinique médicale de M. le professeur Bondet.

M... G., âgé de quarante-neuf ans, né à Curino (Italie), ébéniste, entre à l'hôpital (Hôtel Dieu).

Antécédents héréditaires. — Père mort avant cinquante ans, avec des vomissements de sang ; mère morte vers cinquante ans, d'affection indéterminée. Quatre sœurs et trois frères ; un frère est mort à cinquante quatre ans avec un point de côté ; une sœur est morte enfant ; une autre est morte en couche d'une fièvre éruptive indéterminée.

Antécédents personnels. — Bubon inguinal suppuré ; pas d'accident cutané ultérieur.

Marié, ce malade a eu six enfants : trois sont morts à dix mois quatorze mois et deux ans d'affections indéterminées ; trois sont vivants et bien portants. Sa femme est morte à trente-cinq ans, en quatre jours, d'une fluxion de poitrine.

Le malade n'est pas alcoolique ; il a cependant l'habitude du petit verre le matin à jeun, et boit un litre de vin par jour.

Le malade ne se souvient d'aucune affection de quelque gravité, sauf à l'âge de vingt quatre ans, d'une maladie aiguë, accompagnée d'un point de côté droit, et de délire vioient, qui aurait duré un mois environ.

L'affection qui amène le malade à l'hôpital semble avoir débuté vers le 15 décembre 1894, insidieusement et peu à peu. Il ressentit vers cette époque un point de côté dans le flanc gauche ; il continua néanmoins à travailler ; mais il était essoufflé, et souffrait d'une toux quinteuse sans expectoration.

Quinze jours avant son entrée, le malade vit ces symptômes s'aggraver ; de plus, il avait des courbatures dans les membres inférieurs, de la céphalalgie, des frissons, et il dut suspendre son travail pendant quatre jours.

Enfin, il y a quatre jours, les frissons, la courbature, la dyspnée, la toux quinteuse devinrent de nouveau plus intenses, et, le malade dut se mettre au lit.

A l'entrée, le malade se plaint surtout d'un point de côté ou plutôt d'une douleur étalée dans toute la moitié gauche du thorax, au niveau de la partie inférieure. Cette douleur est persistante, existe même en dehors des quintes de toux ou des efforts respiratoires.

La pression du thorax sur une large surface augmente l'acuité de cette douleur.

L'examen du malade révèle un certain degré d'aplatissement, de rétraction du flanc gauche qui ne présente pas de voussure. La palpation indique une absence totale de vibrations dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière ; la matité est également complète, absolue, et cela, du haut en bas.

Le murmure vésiculaire ne s'entend point de la partie moyenne du poumon gauche, sur une hauteur de 5 à 6 centimètres. On

trouve un double souffle doux inspiratoire et expiratoire, dans la respiration forcée seulement. A ce niveau, voix de jetons et pectoriloque aphone; au dessous, obscurité absolue jusqu'à la ligne axillaire.

En avant, skodisme net sous la clavicule gauche, et la ligne de matité en avant s'étend obliquement de la partie supérieure de la ligne axillaire antérieure jusqu'à l'extrémité inférieure de la ligne axillaire postérieure, coupant ainsi obliquement l'aisselle; l'espace de Traube est sonore.

A droite, en avant comme en arrière d'ailleurs, il n'existe aucun signe stéthoscopique.

La pointe du cœur ne se sent pas au voisinage du mamelon; cependant les battements sont précipités, énergiques, ébranlant la paroi sur une large surface. Il existe au niveau de l'appendice xyphoïde un centre de battement; c'est à ce niveau que les bruits s'entendent le mieux; ils retentissent très loin à droite du sternum sans que la matité cardiaque dépasse cependant le bord du sternum.

Les bruits sont précipités, mais absolument normaux.

Pouls très rapide, 124. Respiration, 28. Température 38°5. Le soir de l'entrée, langue un peu étalée, légèrement saburrale.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

20 février. — Thoracentèse : on retire un litre de liquide très hémorragique. Après la ponction, la matité reste toujours aussi élevée en arrière; le cœur reste déplacé.

Avec le liquide retiré on ensemence trois tubes de bouillon et on inocule deux cobayes; un dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, l'autre dans le péritoine.

21 février. — La température depuis la ponction est tombée à 37 degrés. La pointe du cœur semble s'être reportée un peu à gauche. Le pouls est plus large, mieux frappé et bat à raison de 100 pulsations par minute.

22 février. — Pas de changement; sucurs assez abondantes.

28 février. La température n'est pas fébrile, depuis deux jours, elle est même plutôt un peu hypothermique.

L'épanchement n'a pas changé de niveau. En avant, la matité remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la clavicule gauche; en arrière, elle s'étend de la base jusqu'au sommet.

Le cœur reste toujours déplacé.

1^{er} mars. — Nouvelle ponction : On retire un litre de liquide très hémorragique. Toujours pas de fièvre.

13 mars. — Le liquide pleuralensemencé n'a pas donné de culture sur bouillon et les deux cobayes inoculés sont aujourd'hui très bien portants.

15 mars. — Le malade présente un peu d'œdème au niveau des malléoles et des cous-de-pieds.

17 mars. — Le malade a uriné 500 grammes en vingt-quatre heures. Les urines sont foncées, uratiques, mais ne contiennent pas d'albumine.

18 mars. — Nouvelle ponction, 250 grammes, et que l'on suspend au bout de quelques instants, tout le liquide est hémorragique. Il semble que l'on ait affaire à du sang pur. Cependant ce liquide ne se coagule pas par le repos. Histologiquement on ne trouve que des globules rouges et quelques rares globules blancs. On ne trouve aucun agrégat ou amas cellulaire analogue à ceux que l'on trouve dans certains épanchements d'origine cancéreuse.

20 mars. — Aucun incident nouveau. L'examen révèle en arrière, à gauche de la voussure, une sensation de flot pleurétique; matité de bois de haut en bas. Au niveau de la fosse sous-épineuse, souffle avec égophonie et pectoriloquie aphone.

En avant, la voussure est également assez apparente; la moitié gauche du thorax reste immobile pendant les mouvements inspiratoires; on entend un souffle pleurétique le long du bord gauche du sternum; partout ailleurs, en avant, silence absolu.

Le cœur est toujours déplacé; on ne perçoit des battements qu'au niveau de l'appendice.

Le foie déborde les fausses-côtes de trois travers de doigt. Respiration régulière, 28 par minute. Pas de fièvre. Le seul symptôme dont se plaigne le malade est cette douleur dans le flanc, douleur persistante correspondant à une surface de dix travers de doigt en hauteur et autant en largeur, accompagnée de paroxysme

et que la percussion, ou même la pression exagère au point d'arracher un léger cri au malade à chaque nouvelle tentative d'examen.

21 mars. — Ponction de 1200 grammes, sans incidents.

Le liquide est toujours extrêmement hémorragique.

10 avril. — Ponction, on retire 1 litre de liquide toujours hémorragique. On constate après la ponction que la matité qui atteignait en avant la clavicule a fait place à de la sonorité dans les deux premiers espaces intercostaux.

12 avril. — Le liquide ne s'est pas reproduit aussi rapidement qu'après les ponctions précédentes. Les deux premiers espaces intercostaux sous la clavicule sont restés sonores.

L'amaigrissement et la cachexie ont fait de rapides progrès.

Les symptômes douloureux persistent dans le flanc gauche ; la percussion sur la même ligne produit des paroxysmes extrêmement intenses, et cela, dans toute la région axillaire, sur la hauteur des dix derniers espaces intercostaux. Cette douleur est accompagnée d'irradiations dans le bras gauche, depuis l'épaule jusqu'au coude. Le bras ne présente pas d'œdème. On ne trouve dans l'aisselle aucune cause de compression.

Comme symptômes médiastinaux on constate une légère dilatation de la pupille gauche, de la dilatation des veines sous-cutanées, de la moitié gauche du thorax et de temps en temps, de la raucité de la voix passagère.

24 avril. — Pas de modification bien appréciable ; les signes stéthoscopiques restent les mêmes ; les deux premiers espaces sous la clavicule gauche sont restés sonores ; la respiration s'entend vaguement dans la fosse sus-épineuse.

26 avril. — L'inoculation aux cobayes a été absolument négative.

27 avril. — Ponction dans le neuvième espace intercostal, en arrière ; cette ponction ne donne issue à aucun liquide. Le trocart retiré se montre bouché par un bouchon de fibrine. L'examen microscopique ne révèle aucune cellule spéciale dans ce bloc fibrineux.

10 mai. — La cachexie fait des progrès ; depuis quelques jours

le malade présente de l'œdème de la paroi au niveau du siège des ponctions successives sur une large étendue. On ne sent dans l'œdème aucun nodule cancéreux.

12 juin. — Nouvelle ponction ; on ne retire que 50 grammes d'un liquide hémorragique ; le trocard est rapidement obturé par des concrétions d'aspect fibrineux.

13 juillet. — Le malade est mort de cachexie progressive sans avoir présenté de nouveaux phénomènes de compression.

Il n'a eu à aucun moment de symptômes, à proprement parler, pulmonaires ni fonctionnels, ni objectifs. Il n'a jamais eu d'expectoration sanglante en gelée de groseille.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, l'on constate un épaissement lardacé de la plèvre costale gauche, surtout à la base.

Le poumon gauche est refoulé à la partie supérieure du thorax, réduit à l'état de moignon de la grosseur du poing, et enkysté dans une loge fibreuse de 2 cm. 1/2 environ d'épaisseur.

Le parenchyme pulmonaire est atelectasié ; la limite entre ce dernier et la coque néoplasique qui l'insère est nette, et nulle part on ne voit de nodule ou de masse cancéreuse dans le poumon.

Il existe à la base du thorax une cavité du volume d'une orange, remplie de caillots, dont le plus grand nombre sont franchement cruoriques. Cette cavité est limitée par un tissu d'aspect lardacé, développé sur la plèvre costale, le diaphragme et le médiastin. Le diaphragme ainsi recouvert, offre une épaisseur de plus de 2 centimètres.

La masse principale de la tumeur du volume d'une petite orange est fixée sur le médiastin près des attaches du péricarde au centre phrénique ; elle refoule le cœur à droite. Cette tumeur est friable, de couleur blanc laiteux ; elle donne peu de suc pour le raclage. Poumon droit absolument sain. Rien dans les autres viscères.

Examen histologique. — Nous avons prélevé, pour l'examen histologique, des fragments de tissu appartenant à la masse principale de la tumeur siégeant sur le médiastin, au poumon et à la plèvre viscérale qui les recouvre, enfin au diaphragme.

a) Fragment de la tumeur médiastine. A un faible grossissement (obj. 2, ocul. 3, Verick), l'on constate que la majeure partie de la surface de la préparation est occupée par des éléments cellulaires, réunis en nappes plus ou moins étendues et plus ou moins denses, mais sans configuration régulière. La préparation offre en outre un très grand nombre de vaisseaux et de lacunes remplis de globules rouges. A un plus fort grossissement, l'on voit que les cellules qui constituent les éléments principaux de la tumeur sont des cellules fusiformes reconnaissables à leur noyau allongé ; elliptique entouré d'une mince membranule protoplasmique qui s'effile en pointe au niveau des pôles de la cellule. Ces éléments fusiformes sont le plus souvent groupés en faisceaux qui ont une tendance manifeste à circonscrire des cercles incomplets autour de certains centres qui paraissent être parfois des vaisseaux ; ou bien encore, ces faisceaux cheminent parallèlement à la direction d'un vaisseau sectionné longitudinalement.

Les cellules sont séparées par une substance intercellulaire très abondante, d'aspect fibrillaire. Il est assez difficile du reste de distinguer cette substance intercellulaire d'avec les prolongements effilés des cellules fusiformes, dans les points de la préparation où celles-ci forment des amas compacts ; par contre, le réticulum fibrillaire se dessine admirablement partout où les cellules sont moins nombreuses et moins tassées les unes contre les autres, soit qu'elles semblent en quelque sorte dissociées par une infiltration de globules rouges, soit que la puissance de vaisseaux vienne modifier la disposition des amas cellulaires néoplasiques.

En effet, les vaisseaux que présente la tumeur offrent deux types assez nettement tranchés. Les uns ont la constitution de vaisseaux adultes ; tout au plus pourrait-on les comparer aux formations vasculaires des néomembranes inflammatoires.

Il existe presque toujours entre eux et le tissu néoplasique ambiant une zone claire, moins riche en cellules, mais par contre fournie surtout en fibrilles conjonctives, et au delà de laquelle les cellules fusiformes tendent à se disposer en couches concentriques à la lumière du vaisseau.

A côté de ces vaisseaux normalement constitués, il est d'autres formations dont la signification est moins nette à première vue. Ce sont surtout de larges lacunes, parfois à peu près vides, sauf sur leur bord où sont alignés des globules rouges; ces espaces ont des contours régulièrement arrondis, très nettement dessinés par une lamelle conjonctive relativement épaisse et parsemée de noyaux qui ne semblent pas appartenir à un revêtement endothélial. Ces lacunes, comme les vaisseaux les mieux formés, sont séparés des amas de cellules fusiformes par une aire assez étendue, aux confins de laquelle l'infiltration néoplasique semble s'arrêter; cette zone limite est occupée par un réticulum fibrillaire à mailles larges, dont les brins extrêmement ténus s'insèrent en s'épaississant légèrement sur la bordure conjonctive qui circonscrit la lacune vasculaire.

Les mailles du réticulum offrent des cellules d'aspect variable, cellules fusiformes, cellules rondes, cellules plates pourvues d'un protoplasma abondant et munies de prolongement; mais en général les cellules sont peu nombreuses. A la limite de cette zone, les cellules fusiformes reparaissent en amas de plus en plus denses, et les fibrilles du réticulum viennent se continuer avec la substance intercellulaire, fibrillaire qui enserre les cellules du néoplasme. Toutefois, ce tissu offre en ce point et sur beaucoup d'autres d'ailleurs, des caractères de transition; le réticulum dessine une série de coudes absolument réguliers, le long desquels s'incurvent deux ou trois cellules en fuseau de façon à circonscrire une aire remplie de globules rouges, à la façon d'un capillaire embryonnaire, pourvu d'une seule couche de cellules. Cette ressemblance s'accroît sur d'autres points de la préparation où la coupe nous montre ces mêmes éléments, non plus sectionnés transversalement, mais en coupe longitudinale; ils dessinent alors une série de cylindres incomplètement remplis de globules et dont les parois absolument parallèles semblent formées de cellules fusiformes soudées bout à bout.

b) Plèvre viscérale et poumon. — Les coupes d'une étendue d'1 centimètre et demi ou moins se prêtent admirablement à l'étude topographique des lésions.

Il s'agit, comme les fragments examinés plus haut, d'une infiltration néoplasique par des cellules fusiformes qui forment des amas diffus dans le tissu conjonctif sous-pleural, et concourent en moyenne partie à l'épaississement de la plèvre viscérale.

On peut, entre les alvéoles les plus voisines de la plèvre et l'extrême bord de la préparation, distinguer plusieurs zones assez nettement différenciables.

Vers la surface libre de la coupe, ce tissu est formé de fibrine fibrillaire parsemé d'éléments cellulaires assez rares, parmi lesquels dominant les leucocytes munis de deux, trois ou quatre noyaux, des globules rouges et des cellules endothéliales.

En général, cette couche de fibrine recouvre et circonscrit de vastes nappes hémorragiques.

Ces accumulations d'hématies au milieu desquelles on ne distingue aucune trace de formation conjonctive et que de rares cellules sont parfois traversées par un canal cylindrique terminé en ampoule, présentant la constitution des néo-vaisseaux embryonnaires. Une des extrémités de ce vaisseau va se perdre dans un tissu néoplasique de formation récente où les cellules fusiformes, entourées d'un feutrage fibrillaire très apparent, tendent à s'ordonner en espaces vasculaires.

Cette portion superficielle de la plèvre épaissie recouvre une zone moyenne constituée par du tissu conjonctif adulte sans lequel l'infiltration par les cellules fusiformes est plus discrète.

Enfin, la couche profonde de la plèvre est constituée par une nappe épaisse et continue. Elle se prolonge avec les mêmes caractères dans l'épaisseur des septa interlobulaires, mais les éléments du néoplasme sont toujours séparés de la cavité des alvéoles, par une épaisseur notable de tissu conjonctif absolument sain.

Les alvéoles n'offrent pas d'autres modifications histologiques que celle de l'atélectasie.

Diaphragme et plèvre diaphragmatique. — Comme la plèvre viscérale, le tissu d'aspect lardacé qui constitue la plèvre diaphragmatique épaissie présente plusieurs zones superposées de structure histologique différente.

Les faisceaux musculaires, pour la plupart sectionnés transvers.

salement, n'offrent aucune altération appréciable. Ils sont séparés des éléments néoplasiques par une couche de tissu conjonctif fibroïde que parcourent des lacunes et des vaisseaux lymphatiques anormalement élargis. A la surface interne de ces vaisseaux l'on distingue le noyau du revêtement endothélial et au centre se trouvent accumulées des cellules épithéliales petites. Tout autour de ces organes lymphatiques sont répandues à profusion des cellules rondes qui dessinent une série de nodules miliaires ou de traînées diffuses répandues sur toute la largeur de la préparation au-dessus de la couche musculaire.

Immédiatement au-dessus de cette zone de lymphangite hyperplasique et de tissu de granulation, nous voyons apparaître les éléments néoplasiques. Ce sont comme précédemment des cellules fusiformes, mais groupées de façon à constituer des nodules bien limités, elliptiques, placés les uns à la suite des autres en une seule assise, avec leur grand diamètre parallèle à la surface pleurale. La structure de ces nodules et celle des régions où les cellules fusiformes sont très confluentes; celles-ci se réunissent en faisceaux épais à direction curviligne. Des vaisseaux embryonnaires parcourent les nodules.

Les néoformations vasculaires sont particulièrement développées dans les espaces conjonctifs, qui séparent les nodules. Là, en effet, l'orientation particulière des coupes fait que la plupart de ces vaisseaux de nouvelle formation ont été sectionnés parallèlement à leur grand axe et par conséquent on peut les suivre sur une longueur assez étendue. On en compte plus de six dans un même point de la préparation. Leur structure est absolument comparable aux vaisseaux des néo-membranes inflammatoires. D'une part, ils confinent aux vaisseaux les plus proches des faisceaux musculaires; d'un autre côté, ils se perdent dans la couche de tissu conjonctif qui recouvre les nodules. Celle-ci est formée des couches superposées de travées fibroïdes épaisses, séparées par des assises de cellules fixes. Brusquement, des éléments néoplasiques reparaissent au-dessus de cette couche, réunis en une nappe continue à la surface de la plèvre épaissie. Ce sont encore des cellules fusiformes, mais au lieu de former des faisceaux

denses, elles se groupent de façon à circonscrire des espaces circulaires ou allongés plus ou moins remplis de globules rouges.

Le réticulum fibrillaire est très apparent entre les cellules et, sa continuité avec les faisceaux conjonctifs de la couche sous-jacente est de la dernière évidence.

OBSERVATION II

(In thèse de Brunati, obs. I. personnelle).

Sarcome primitive de la plèvre

G. . Eugénie, vingt-huit ans, est entrée le 5 avril 1894, au n° 1 de la salle Converchel, dans le service de M. le D^r Hippolyte Martin, à l'hôpital Tenon.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Mariée à dix-sept ans, elle a eu cinq enfants, dont quatre sont morts de rougeole ; il reste une petite fille âgée de trois ans et bien portante. Sauf une péritonite puerpérale à l'âge de dix-neuf ans, elle n'a pas eu d'autres maladies.

Elle aurait maigri un peu depuis le mois d'octobre dernier, la menstruation serait devenue irrégulière, l'appétit a diminué. Vers la fin de décembre, léger point de côté à droite avec fièvre et céphalalgie assez vives qui disparaissent par l'application de deux vésicatoires. Néanmoins, depuis ce temps, elle a toujours toussé un peu. Ce n'est que depuis le commencement du mois de mars seulement qu'elle accuse de la dyspnée presque continuelle, avec accès de violence moyenne. Le diagnostic de pleurésie droite est porté en ville, par le médecin qui, d'abord, avait songé à une bronchite.

Dans la nuit du 4 au 5 avril, la malade entre dans le service, et, le lendemain matin, nous la trouvons avec une dyspnée assez intense, le pouls petit, le visage pâle et des sueurs abondantes. Comme température, elle a 38 degrés.

La percussion révèle une matité absolue de tout le côté droit

en avant et en arrière. Les vibrations thoraciques sont abolies. L'auscultation révèle un silence complet en arrière et en avant, un souffle assez intense sous la clavicule, sur une étendue de deux à trois travers de doigt.

En arrière et à la base broncho-égophonie légère et en un point très limité de la même région, sur le prolongement de l'aisselle, pectoriloquie aphone peu nette.

Une ponction faite de suite avec le plus petit trocart de l'appareil Potain dans le septième espace intercostal, à l'union des parois postérieures et latérales, donne du sang pur ou presque pur, ce qui détermine M. H. Martin à cesser la ponction après l'évacuation de 750 grammes de liquide.

La malade se dit très soulagée et peut se coucher sur le côté malade, ce qu'elle n'avait pas fait depuis un an.

Les signes stéthoscopiques restent à peu près les mêmes qu'avant la ponction : une respiration très faible et très éloignée dans la fosse sus épineuse, soufflante en avant sous la clavicule.

On soumet la malade à un régime tonique, lait, etc.

6 avril. — La malade continue à se trouver mieux par suite de la ponction, la température est normale ; mais les signes stéthoscopiques restent les mêmes, le pouls est petit, l'appétit nul ; il y a quelques crachats muqueux sans caractères.

La malade demande du vin au lieu de lait et repousse énergiquement toute idée d'intervention nouvelle.

8 avril. — Mêmes signes. Le bénéfice de la ponction diminue de plus en plus et malgré le bien-être passager qui l'a suivie, la malade repousse toujours l'idée d'une nouvelle ponction.

Le 10 avril, mêmes signes. La dyspnée augmente un peu chaque jour. Le pouls est petit. La température reste normale.

12 avril. — Mêmes signes. Dyspnée de plus en plus forte.

13 avril. — La malade est très mal. Elle se plaint d'une légère douleur au niveau de la pointe du cœur. Pas de souffle cardiaque, pas de température. La dyspnée est très forte, le pouls petit, les joues pâles ; les yeux sont cernés.

La percussion révèle une matité absolue de tout le côté droit en arrière comme en avant. A l'auscultation, on entend un souffle

assez éloigné en avant et sous la clavicule ; absence de murmure vésiculaire partout ailleurs.

La malade se sentant très mal réclame une ponction que l'on fixe au lendemain matin.

Le soir, la dyspnée est devenue très intense, et l'interne de garde appelé prescrit une piqûre de morphine et des ventouses.

16 avril. — Au moment de la visite, la malade est très dyspnéique, presque asphyxique. Elle peut à peine parler et ne peut rester inclinée sur le côté gauche, comme on l'avait placée pour la ponction.

On l'assoit sur son lit les jambes pendantes en dehors ; on lui fait une piqûre de morphine et on lui fait prendre quelques grammes de sirop d'éther.

Après une dizaine de minutes d'expectation pendant lesquelles on s'attendait à un dénouement fatal, une ponction est pratiquée dans le septième espace intercostal droit un peu en arrière du lieu de ponction précédente.

L'écoulement du sang presque pur se fait très lentement. L'état syncopal s'améliore, le pouls qui était très faible se relève légèrement, en présence de ces signes favorables, on évacue jusqu'à 2100 grammes de liquide. A ce moment la malade dit qu'elle se sent faiblir et qu'elle éprouve des tiraillements à la base de la poitrine.

On cesse immédiatement l'opération. Malgré cette grande soustraction de liquide, on entend à peine à l'auscultation un peu de murmure vésiculaire bien faible et très éloigné au sommet droit et en arrière. En avant et sous la clavicule, le souffle déjà décrit est un peu plus fort, mais plus doux et accompagné de murmure vésiculaire presque imperceptible.

Cette absence de retour de la perméabilité pulmonaire à l'air était peu en rapport avec l'existence d'une vraie pleurésie même hémorragique.

La malade se trouve beaucoup mieux, bien qu'il subsiste encore de la dyspnée et que le pouls ne se soit pas relevé autant qu'on le pensait.

17 avril. — Dyspnée intense, le facies est pâle et grippé, les

yeux cernés, le pouls petit et misérable, mêmes signes stéthoscopiques. Mort à 10 h. 1/2 du soir.

On avait d'abord fait le diagnostic de pleurésie tuberculeuse ; mais en présence du sang si pur fourni par les deux ponctions, on avait pensé à un sarcome pleuro-pulmonaire.

Autopsie. — A l'ouverture de la cage thoraxique on trouve à droite une vaste excavation pleine de sang. Lorsque celui-ci a été évacué, on voit à sa place une large cavité tapissée par une bouillie représentant assez bien de la pulpe cérébrale déjà ramollie. Cette pulpe se trouve surtout au sommet le long de la plèvre médiastine et sur le diaphragme. Sous elle on trouve le poumon droit atélectasié, fortement revenu sur lui-même. Il se présente sous la forme de deux languettes aplaties n'ayant guère que deux centimètres d'épaisseur, de la surface de la main à elles deux ; l'une tapisse la voute de l'excavation pectorale, l'autre la partie supérieure du médiastin. D'ailleurs ces languettes sont si peu perméables à l'air qu'elles tombent au fond de l'aorte comme si elles étaient hépatisées. Pourtant, le poumon est sain et à la coupe on ne trouve pas trace de cancer.

Le poumon gauche est également sain et la plèvre normale.

Le cœur est sain, mais il y a un peu de liquide dans le péricarde, deux cuillerées à soupe à peu près.

L'aorte n'offre rien de particulier pas plus que les ganglions du médiastin postérieur.

Du côté de l'abdomen, pas de péritonite ni de végétations cancéreuses au péritoine.

L'œsophage, la trachée et les bronches, examinés avec soin sont absolument sains.

Le foie est un peu gras mais a conservé son volume et sa forme, on y trouve aucune production anormale.

Rien à l'estomac, dans les reins, ni dans la rate. Rien non plus dans le tube digestif en général.

L'utérus est sain ainsi que les ovaires et les trompes.

Examen microscopique. — L'examen microscopique de la pulpe dissociée montre après coloration par le picrocarmin, des

cellules fusiformes à noyaux très nets, en grand nombre (sarcome *fuso-cellulaire*).

Cet examen a été pratiqué par M. Siron, interne du service.

Conclusion. — Nous nous trouvons donc en présence d'un sarcome primitif de la plèvre, remarquable par son début à peine douloureux; le cancer de la plèvre a pour règle, au contraire, l'intensité du point de côté et sa ténacité. A noter aussi, son début brusque et son évolution rapide ainsi que la courte durée de l'amélioration consécutive aux deux ponctions.

OBSERVATION III

(*Société des sciences médicales de Lyon, décembre 1888.*
observation de Dumarest, interne des hôpitaux.)

Sarcome primitif de la plèvre et du poumon droit.

Homme, cinquante-six ans, cultivateur, entre dans le service de M. Gangolphe, le 25 décembre dernier, avec le diagnostic de pleurésie avec épanchement.

Il n'offre nulle tare. Pour tout antécédent, vive pleurésie gauche terminée par vomique, datant de vingt-cinq ans. Depuis, une contusion de la région hépatique droite qui a eu lieu il y a dix-huit mois; il n'a cessé de ressentir à ce niveau un point de côté douloureux lancinant. Depuis le mois d'octobre, la douleur est devenue angoissante et le malade est oppressé. Il ne tousse ni ne crache, et n'a aucune trace d'amaigrissement, ni de cachexie. La douleur se propage nettement à l'épaule et à la partie supérieure du bras droit. On n'observe rien du côté du foie, qui n'est pas hypertrophié; cependant au niveau des dernières fausses-côtes, à droite, il y a une voussure notable douloureuse à la pression. L'examen des poumons, négatif à gauche, traduit à ce niveau une

matité d'une résistance ligneuse et une obscurité absolue ; obscurité totale au tiers inférieur, au tiers moyen d'égophonie.

On pense à un kyste hydatique de la face convexe du foie avec épanchement pleural secondaire. Plusieurs ponctions successives sont pratiquées ; les unes, dans la plèvre, ramènent chaque fois une faible quantité de liquide hémétique qui est reconnu pour être du liquide pleural ; une, dans le tissu hédatique, reste sans résultat. Dès lors, l'idée de tumeur bénigne est abandonnée et l'on renonce à toute intervention.

A l'autopsie, on trouve une *tumeur de 3 kg. 600, unique, formée par les feuillets pleuraux énormément épaissis*, ayant envahi la paroi thoracique, le médiastin et détruit complètement la moitié du diaphragme. Le poumon y est enclavé et détruit aux deux tiers : seule, la partie supérieure en émerge. La cavité pleurale, oblitérée en grande partie, subsiste en arrière et contient encore 1 litre environ de liquide semblable à celui obtenu par les ponctions, contenu dans des poches cloisonnées, d'aspect aréolaire.

Le tissu de la tumeur est ferme, blanc grisâtre, mameloné, formé de masses conglomérées, arrondies, dont quelques-unes décorticables.

Au point de vue symptomatique les particularités les plus frappantes ont été :

1° La dyspnée très douloureuse aboutissant à l'asphyxie sans signes d'auscultation formels ;

2° L'absence de toute cachexie ;

3° La coïncidence de l'apyrexie constante coïncidant avec l'œdème de la paroi thoracique et l'épanchement hémétique.

M. Gangolphe dit que l'observation est surtout intéressante au point de vue du diagnostic, au premier abord on devait songer à une tumeur du foie avec pleurésie symptomatique. Une ponction avait amené un liquide hémétique. Ce fait conduisait à penser qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, mais il était bien difficile d'en préciser le point de départ.

M. Delore se rappelle un malade qui avait des noyaux cancéreux dans les plèvres, analogues à ceux que présente le malade de M. Gangolphe, ces noyaux étaient secondaires à une tumeur du corps thyroïde. M. Mouisset demande si l'on avait constaté l'existence de ganglions sus-claviculaires ou axillaires.

M. Gangolphe répond que cette recherche a été négative.

M. Lépine dit, à propos des pleurésies hématiques, qu'il ne faut pas se hâter de conclure, d'après ce seul signe, à l'existence d'un cancer ou de la tuberculose, ainsi que l'on a une tendance à le faire aujourd'hui. M. Lépine se rappelle un malade, qu'il a vu en 1887, qui était atteint d'une pleurésie hémorragique si intense, que l'épanchement était constitué par du sang presque pur. Il y avait 2.500.000 globules par millimètre cube. Or ce malade a complètement guéri.

OBSERVATION IV (résumée).

(Par M. Bernard, interne des hôpitaux, *Bulletin de la Société anatomique*, 1893.)

Fibrome embryonnaire de la plèvre.

D..., typographe, quarante-deux ans, entré dans le service de M. le Dr Lanceraux, salle Saint Denis, lit 9 bis, le 7 avril 1893.

Depuis trois mois, le malade tousse et s'essouffle facilement ; au début, il a eu un point de côté à gauche ; il entre avec les signes d'un épanchement pleural à gauche.

Une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz donne du liquide hémorragique au niveau du bord interne de l'omoplate. Le

malade se plaint de douleurs vives dans les côtes qui occupent l'étendue de plusieurs espaces intercostaux, en arrière et sur la ligne axillaire. Une thoracentèse pratiquée dans le sixième espace, sur la ligne axillaire, ne donne que quelques gouttes de sang rouge, épais. Au microscope, hématie, pas d'excès de globules blancs, pas d'autres éléments cellulaires. Le malade est très épuisé, se plaint de très vives douleurs dans le côté, s'irradiant jusque dans la région lombaire. Ces accidents reviennent le soir sous forme de crises. Dilatation des veines de la paroi thoracique du côté gauche, en avant et en arrière son thorax est maintenant très dilaté du côté gauche; l'amaigrissement progresse.

Matité absolue de tout le côté gauche. Les vibrations thoraciques sont affaiblies, mais ne sont pas complètement abolies. Le malade est très pâle, très anémié, mais n'a pas la teinte jaune paille. Pas d'œdème, pas de diarrhée. Le malade s'affaisse et s'anémie de plus en plus.

Rétrécissement de la fente palpébrale et myosis à gauche par paralysie des filets irido-dilatateurs de ce côté et du muscle orbitaire inférieur de Müller. Vaso dilateur de la moitié droite du visage exactement limitée à la ligne médiane. Ce côté est le siège de sueurs abondantes qui contraste avec l'état de sécheresse de l'autre côté. Le même phénomène existe sur le reste du corps, quoique moins accentué.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on voit le sternum déjeté du côté malade de la poitrine; il a subi une translation et une rotation en dehors. On trouve le foie placé normalement, non abaissé. A droite du diaphragme affleure le bord inférieur de la cinquième côte; à gauche, il est abaissé de 20 centimètres au-dessous de ce niveau; le déplacement répond à la tumeur qu'on sentait sur le vivant et qui ressemblait à une grosse rate de paludique. Le rein gauche est abaissé jusqu'au promontoire. Quand on enlève les téguments pour arracher le plastron, les veines du côté malade, dilatées pendant la vie, saignent abondamment. Les veines analogues du côté droit ne saignent pas.

A droite, le plastron s'enlève bien, le poumon est normal, il se soulève avec la plus grande facilité, et quand il est soulevé, la

plèvre, d'une transparence parfaite, laisse voir les nerfs costaux, la chaîne du grand sympathique, le grand et le petit splanchnique, la grande veine azygos pas très dilatée, avec la plus grande netteté. A noter une scoliose à convexité droite dont le maximum est vers la septième côte.

Le cœur est tout entier à droite de la ligne médiane. A gauche, le plastron est adhérent à partir d'un petit travers de doigt du bord du sternum. En cherchant à la décoller, on crève une cavité d'où jaillit un liquide citrin. Le plastron enlevé, on est en présence d'une masse molle, blanche, s'en allant par morceaux, ayant l'aspect d'une cervelle de mouton. Dans cette masse, on voit la cavité d'où a jailli le liquide citrin qui s'écoule encore à l'ouverture complète de la cavité. Des fausses membranes tapissent cette cavité qui représente la plèvre. Le poumon se retrouve au sein de la tumeur, réduit à un bloc compact, privé d'air et infiltré aussi de deux ou trois noyaux gros comme une noix. La bronche correspondante aboutit au tissu atélectasié du poumon. Enfin, la tumeur enlevée, on constate que les espaces intercostaux ont été, eux aussi, infiltrés par la substance. Quelques noyaux existent dans l'épaisseur droite et aussi dans l'espace intercostal.

Le cœur est petit, tout entier situé à droite de la ligne médiane. Il est intimement fusionné avec la plèvre médiastine gauche, et dans sa cavité on voit par transparence la masse blanche de la plèvre qui ont envahi son feuillet fibreux et font saillie dans la séreuse péricardique, sous forme de large papule aplatie, mais sans avoir fait fraction dans la séreuse, ni détruit son revêtement. Le médiastin postérieur est comblé uniformément par le néoplasme et il est impossible d'y démêler ce qui appartient aux ganglions de ce qui appartient à la plèvre.

Tous les organes qu'il contient, aorte, œsophage et les deux pneumogastriques sont perdus dans la masse. Toutefois on arrive assez facilement à dégager l'aorte et l'œsophage des masses molles qui les entourent ; avec un peu plus de difficulté, il en est de même pour les pneumogastriques et les récurrents du côté gauche. On se rend compte assez facilement que ces organes ne devaient subir qu'une compression peu considérable, la consistance et l'aspect des

masses qui les entourent rappelant les circonvolutions cérébrales.

L'azygos et le sympathique droit sont libres de compression apparentes bien qu'il y ait eu à la fois des phénomènes de paralysie vasomotrice avec sueurs du côté droit. Le sympathique gauche et le canal thoracique ne peuvent être retrouvés. L'aorte est toute petite, non altérée. On ne trouve aucune altération artérielle, ni au cœur, ni dans les cavités.

Au cou, pas de ganglions envahis, pas de compression du pneumogastrique. Du côté de l'abdomen on voit, à travers le péritoine diaphragmatique à gauche, quelques masses qui infiltrent le diaphragme. De même près de l'orifice aortique du diaphragme, on trouve au-devant du vaisseau quelques ganglions envahis et transformés en masse néoplasique, dont un gros comme un œuf de pigeon. Rien aux autres organes.

OBSERVATION V

(*Derus Chinsky*, à *Deutsche Med. Woch.*, 1888, XIV, p. 52.)

Sarcome primitif de la plèvre.

M. N. N..., ex-militaire, quarante-sept ans, entré le 5 août 1886 à l'hôpital, se plaignait de gêne de la respiration avec sensation de douleur dans la poitrine et toux ; il souffre depuis un an et a été traité l'année dernière à l'hôpital, dans ma division, pour un catarrhe aigu ; il s'était remis assez vite et put reprendre son travail en août.

En ce moment, difficultés de la respiration qui le forcèrent à quitter son travail ; la dyspnée et la toux augmentèrent tellement qu'il perdit l'appétit et sollicita d'entrer à l'hôpital.

6 et 8 août. — État actuel, corps bien constitué ; la peau et les muqueuses sont pâles. Se plaint surtout de dyspnée et de douleurs dans la moitié gauche du thorax. Légère dyspepsie et constipation. Le diaphragme est abaissé d'un espace intercostal et demi. Le foie est abaissé, pas agrandi ni douloureux. Rate et reins sont normaux.

Le malade tousse violemment et expectore en vingt-quatre heures un verre de crachats mélangés de pus. Il est couché sur le côté malade ; à l'essai de se mettre sur le côté droit, la toux augmente.

Les espaces intercostaux de cette moitié de thorax sont élargis et immobiles, malgré les fortes respirations. Le poumon est emphysémateux ; à la percussion donne le ton tympanique ; à l'auscultation, respiration vésiculaire faible.

Les limites du cœur ne peuvent pas être définies ; pouls régulier, 96 ; les tons du cœur purs.

Les artères gauches ne se sentent presque pas au toucher ; par contre, les droites sont complètement remplies. Les artères sont dures et flexueuses. Sous la clavicule gauche, on entend un souffle systolique.

La voix du malade n'a pas changé. En dessous de la clavicule gauche et dans l'aisselle du même côté, les glandes lymphatiques sont enflées de la grosseur d'un haricot, de consistance pâteuse. Température sub-normale, le malade est très amaigri et abattu.

Cinq jours après l'entrée, ponction avec l'appareil Dieulafoy dans la ligne axillaire de devant, entre la septième et huitième côte. On enlève 1270 centimètres cubes de liquide séreux sanguin. Le Dr Legavan examine l'exudat au microscope, trouve outre une grande quantité de corpuscules sanguins, des aggrégations hyalines de cellules endothéliales dégénérées. Durant les deux jours qui suivirent la ponction, le malade respira très librement, mais on fut obligé de répéter l'opération une semaine après ; on enleva 1500 centimètres cubes de liquide comme ci-dessus. L'état s'aggrave de jour en jour ; douleur intense au côté gauche, dans les bras et les doigts ; surdité et perte des forces ; on répéta les ponctions à la plèvre, mais elles n'amenèrent qu'un soulagement pour deux ou trois jours. Les douleurs augmentèrent. Le malade offrit le 1^{er} décembre 1886, les apparences d'une paralysie du cœur. Mort, et vingt-quatre heures après, on fait l'autopsie.

Poumon droit très emphysémateux, dans le parenchyme se trouvent trois noyaux blancs, grosseur noisette ; les glandes

bronchiales sont grossies et infiltrées, paraissent blanches, laiteuses à la coupe. Plèvre gauche épaissie, grosseur d'un doigt, garnie de noyaux isolés ou groupés.

Le parenchyme du poumon est atélectasié et traversé de noyaux de la grosseur d'une noisette. Quelques côtes sont, devant comme derrière, détachées du périoste, la substance osseuse ulcérée, les glandes lymphatiques au-dessous de la clavicule et sous l'aisselle sont dégénérées, sarcomateuses.

Les professeurs Klein et Schwartz ont examiné ces préparations microscopiques et ont dénommé cette tumeur « sarcome globocellulaire ».

OBSERVATION VI

(Félix Regnault, interne des hôpitaux. *Bulletin, Société anat.* de Paris, 528, 531, 1888).

Sarcome primitif de la plèvre.

S..., âgé de trente-sept ans, entré à l'hôpital 6 juin 1887, au lit 39, salle Royer.

Vers le 17 mai, travaillant dans les courants d'air, il fut, un matin, pris de frissons, puis de fièvre et de douleurs au niveau de l'épigastre. Il quitta aussitôt son travail et se coucha.

Le soir, fièvre et étouffement considérable, bien plus intenses qu'à son entrée à l'hôpital; comme autres symptômes, il offrait une toux presque continue, une insomnie absolue, de la cyanose et du refroidissement des extrémités, des nausées, les urines étaient épaisses, rouges. Le lendemain, nouveaux frissons, anorexie absolue.

19 mai. -- La dyspnée a un peu diminué; le malade s'aperçoit que sa poitrine augmentait du côté gauche et qu'il toussait surtout en remuant.

Depuis ce moment son état s'est peu modifié; sept jours après l'application de trois vésicatoires sur le dos n'amène aucun résultat.

Le 22 mai, il s'aperçoit que son ventre augmente de volume. A son entrée à l'hôpital, le malade présentait : une douleur pongitive au niveau de l'épigastre, exagérée à la pression ; une douleur provoquée par la pression sur le trajet du nerf phrénique gauche au cou ; une dyspnée intense, 48 inspirations, une toux quinteuse, survenant au moindre mouvement, expectoration très peu abondante.

Comme signes : à gauche, à la vue, comme à la palpation, la poitrine paraît plus large qu'à droite.

Du même côté on observe : l'abolition des vibrations thoraciques, une matité absolue, tant en arrière qu'en avant et même au sommet ; un souffle dans tout le poumon, pas d'égophonie ; à droite, les vibrations thoraciques sont un peu diminuées ; à la base, il y a submatité inférieure du poumon, et respiration exagérée supplémentaire.

On ne peut sentir la pointe, les battements sont faibles, un peu irréguliers. Il y a anorexie, constipation, perte des forces, insomnie, céphalée continue.

7 juin. — Ponction ; on retire 1 litre $\frac{1}{4}$ d'un liquide citrin limpide. Après, quintes de toux fréquentes amenant des crachats très séreux. Le soir la dyspnée est moindre.

La matité ne remonte en avant qu'à cinq travers de doigt au-dessous de la clavicule, en arrière elle est plus basse.

8 juin au 13 juillet. — On pratique neuf ponctions qui amènent, en moyenne, 1 litre $\frac{1}{2}$ du même liquide, une fois un peu rouge. Durant ces derniers jours, douleurs très vives au cœur pendant six heures. Œdème des membres inférieurs ; le malade sent qu'il s'affaiblit, douleur continue, l'œdème augmente et l'oppression aussi, il meurt dans la nuit du 13 juillet avec des symptômes d'asphyxie.

Autopsie. — Liquide abondant sous le côté gauche, la plèvre gauche est parsemée de granulations cancéreuses, blanches, non ulcérées, de grosseur d'un grain de millet à une noisette, formant sur la surface du poumon gauche un véritable semis. A la coupe, on voit que ces granulations empiètent légèrement sur la substance pulmonaire et sur la plèvre diaphragmatique qu'elles

cachent en partie ; il y avait de faibles adhérences sur la plèvre viscérale.

Le poumon gauche qui est sain, était fortement atelectasié. Le poumon droit est également sain ; sauf quelques végétations cancéreuses situées à la base de la plèvre.

Le cœur et le péricarde n'offrent rien à signaler ; les végétations sont très nombreuses sur la plèvre gauche. Rien à l'aorte.

Les ganglions du médiastin sont dégénérés et volumineux.

L'œsophage, la trachée et les bronches examinés avec soin ne présentent rien à signaler.

Rien du côté du péritoine, sinon quelques granules cancéreux sur le péritoine diaphragmatique.

Rien au foie ni dans l'estomac, ni dans la rate ; à la coupe, il s'échappe un suc laiteux de ces granulations, l'examen histologique y montre des cellules rondes avec gros noyaux.

A une coupe du tissu malade, après durcissement, on voit que la tumeur est formée d'un grand nombre de cellules embryonnaires accolées les unes aux autres sans aucune interposition de tissu.

Ces cellules sont rondes et présentent deux prolongements à leur pôle.

Conclusion. — On est donc en face d'un sarcome primitif de la plèvre, fort remarquable par son début brusque et par son évolution rapide, analogue à celui d'une maladie infectieuse.

OBSERVATION VII

Cancer primitif diffus de la plèvre (in Rossier).

Riegleis Beitrage, 2^e Path. anat. XIII, p. 103.

Jules M originaire des Ormonts, agriculteur, quarante-deux ans, bonne santé ; en mai 1891, il se réveille avec un point de côté très douloureux à gauche, et forte dyspnée.

Pendant quatre mois, plusieurs médecins le traitent sans succès.

La dyspnée augmente, il maigrit rapidement.

Au commencement de septembre, ponction de 3 litres, jusqu'au 6 octobre, cinq nouvelles ponctions de 3 lit. 1/2.

Dans cette période, l'appétit s'améliore, toux sans expectorations urines diminuées, selles régulières.

A l'entrée, 7 octobre, on constate l'amaigrissement, la peau sèche, pâle, yeux enfoncés, muqueuses anémiées, langue chargée, pupilles égales.

Thorax asymétrique, sternum dévié à droite, voussure précordiale, respiration faible à gauche, 44 respirations, pouls, 116; pas de fièvre.

Dans le poumon gauche on constate de la matité, la respiration bronchique, en avant surtout, bronchophonie et pectoriloquie aphone.

A droite, en avant, matité jusqu'à la 7^e côte. Maximum des bruits du cœur à droite.

En arrière, à gauche, matité complète sous l'omoplate, pectoriloquie, fosse sous-épineuse.

En arrière à droite, sonorité exagérée, symptômes subjectifs peu prononcés, un peu de dyspnée, petite toux sans douleur, le malade reste couché sur le côté gauche.

Deux ponctions, 9 et 12 octobre, 2 à 3 litres de liquide sanguinolent; on y trouve un peu d'albumine et de sucre; à l'examen microscopique, beaucoup de globules rouges, peu de blancs, beaucoup de plaques épithéliales des cellules en dégénérescence graisseuse avancée.

Soulagement après la ponction, matité du cœur abaissée de 2 centimètres, la matité pulmonaire persiste.

Le 13 octobre, résection de 6 côtes par le professeur Roux; le but qu'on se propose est d'obtenir un rétrécissement thoracique par l'effet combiné de la résection et de la ponction.

Troisième ponction: 3 lit. 1/2 même liquide; même état du malade; le cœur est refoulé, on pratique quinze ponctions du 1^{er} d'octobre au 15 décembre, 3 ou 4 litres du même liquide; injections de Lugal; au 1^{er} décembre température à 39 degrés après injection iodoformée.

7 décembre. — Signe de pneumothorax, son amphorique, bruit de succussion, augmentation du volume du thorax, à gauche. L'exsudat devenant fétide, on fait le traitement de la pleurésie purulente.

15 décembre. — Ouverture de la plèvre, on retire 2 litres de liquide rougeâtre avec caillots de sang, et de grandes membranes grisâtres qui cloisonnaient la cavité pleurale. Mieux sensible.

4 janvier 1892. — Résection de la sixième côte; on retire de la cavité pleurale, 400 grammes de fausses membranes, épaisses, verdâtres, fétides, le thorax a diminué de 3 centimètres.

2 février 1892. — Ecoulement considérable de pus, plus de rétraction de la cavité, nouvelle résection, nettoyage complet de la plèvre. Température 39 degrés.

11 février. — Résection quatrième de six côtes, l'état s'améliore et le malade reprend des forces.

21 mars. — Pus toujours fétide, état général bon, cinquième résection de cinq côtes dans la ligne para-sternale et de 4 dans la scapulaire, lavages antiseptiques.

7 mai. — Diminution à gauche, le thorax a diminué de 12 centimètres depuis l'entrée.

12 mai. — Température, 38 degrés, les forces déclinent.

30 juin. — Evanouissement, considérable hémorragie dans la cavité pleurale; transfusion sous cutanée d'eau salée. Le malade meurt le 2 juillet.

Autopsie par le professeur Stiling.

Méninges et moelle pâles, crâne peu épais, coagulum mince dans le sinus longitudinal, œdème de la pie-mère au-dessus de la moelle allongée, plus pigmentée qu'à l'ordinaire; ventricules dilatés, sérosité claire, épendyme épaissi surtout dans les postérieurs des ventricules, granulations accentuées. Toute la substance cérébrale est pâle, pas d'autres anomalies; cadavre très amaigri.

La partie gauche du thorax, étendue d'environ 2 centimètres, nombreuses petites cicatrices dans la peau, à gauche du sternum. Nombreux nodules miliaires blanchâtres dans le mésentère de l'S. *romarum*., du côlon et dans le grand épiploon. Dans l'espace

de Douglas, petits noyaux durs, blanchâtres, ressemblant vaguement à des tuberculoses.

Diaphragme à gauche à la sixième côte, à droite à la quatrième.

Plèvre gauche a jusqu'à 2 centimètres d'épaisseur ; poumon gauche tout à fait rétracté, confiné à la partie supérieure de la cavité pleurale ; il forme une masse aplatie de 14 centimètres de haut sur 4 d'épaisseur, qui adhère encore au thorax par un cordon verdâtre. Plèvre recouverte d'un tissu de granulation de couleur gris sale et d'une odeur fétide, entourant d'un bourrelet la plaie opératoire.

A la partie postérieure de la cavité pleurale, vers son milieu, les granulations proéminent d'environ 1 centimètre sur une étendue grande comme une pièce de 50 centimes ; elles sont recouvertes, à cette place, de coagulum sanguin. Dans la cavité, un coagulum de la grosseur d'un œuf et un peu de liquide rougeâtre. Hauteur de la cavité pleurale, 22 centimètres, largeur, 8. La plèvre diaphragmatique, également très épaissie, est couverte de quelques hémorragies. Sur la coupe, par place, de petites taches blanchâtres ou de petits noyaux pétrifiés. Pas de coagulums fibreux. Dans la partie supérieure, la plèvre est nettement transformée en masse blanchâtre assez dure.

Dans la capsule surrénale gauche, une petite tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise.

Dans la capsule surrénale droite, noyaux gros comme une noisette dans la partie supérieure.

Reins pâles, les glomérules montrant, par place, une réaction indistincte avec la teinture d'iode. Dans le tissu connectif, situé au-devant du rein gauche, plusieurs petits nodules blancs, de forme irrégulière.

L'examen du larynx, de l'œsophage, de l'estomac, des intestins, n'offre rien de particulier, non plus que celui de la vessie et des organes génitaux.

Dans le revêtement péritonéal du foie, une série de nodules blancs, gros comme une tête d'épingle et dans la substance de l'organe, un nodule gros comme un noyau de cerise. Le foie atro-

phié ne présente pas de tumeur à part les nodules mentionnés. Rien dans la vésicule biliaire.

Colonne vertébrale et côtes sans anomalies.

Examen histologique. -- Dans une partie de la tumeur prise au sommet, on remarque à première vue deux parties absolument différentes, de la périphérie au centre. Dans l'une, plus trace de cellules, ni de noyaux ; la substance forme une masse transparente, homogène ou finement striée, contenant quelques fentes. A mesure qu'on se rapproche du centre, on peut distinguer vaguement, à une coloration un peu plus forte, une ordonnance en alvéole ou en lacunes, semblable à celle de la seconde partie. En allant plus loin encore, on voit quelques noyaux isolés, faiblement colorés ; puis l'intensité de la coloration augmente, les contours des cellules paraissent, indistincts d'abord, et toujours plus nets, jusqu'à ce qu'enfin on arrive à la partie plus centrale de la tumeur, où le tableau change complètement. Des trabécules de tissu connectifs, à noyaux allongés, rares, laissent entre elles des espaces de forme irrégulière occupés par de grandes cellules, ressemblant à des cellules épithéliales tantôt cylindriques, tantôt polyédriques, remplissant en général les alvéoles ; parfois le centre de celle-ci reste vide et les cellules sont accolées à la paroi. Ces cellules, serrées les unes contre les autres, ont de gros noyaux ronds, fortement colorés, qui occupent le plus souvent le centre, ou qui un peu rétractés, souvent en forme de croissant, se trouvent à la périphérie. Leur protoplasma, granulé, parfois clair, rappelle, quand les noyaux sont en croissant, les éléments de certains cancers gélatineux.

Sur une coupe prise dans le tissu pulmonaire, on voit clairement les grandes cellules cancéreuses, à gros noyaux, qui remplissent les alvéoles du poumon. Le revêtement épithélial de celui-ci reste intact. Par contre, on trouve, dans le voisinage d'une petite bronche, un vaisseau lymphatique, rempli de cellules cancéreuses ; le revêtement endothélial du vaisseau est notablement épaissi ; ses éléments ressemblent tout à fait aux éléments de la tumeur.

Les noyaux blanchâtres dans les ganglions lymphatiques offrent très évidemment la structure cancéreuse.

Enfin, dans la métastase du foie, la tumeur est nettement limitée du côté des acini ; ceux-ci ont complètement disparu dans tout le domaine de la tumeur, où l'on ne voit que des alvéoles nettement carcinomateuses ; la forme et l'ordonnance des cellules y est la même que dans les autres coupes.

Les métastases mentionnées dans les autres organes, sont les capsules surrénales, le grand épiploon, le Douglas présentent le même aspect que celle du foie.

OBSERVATION III

(A. Frœnkel, *Centralblatt für klin. Med.*, 1892).

Cancer endothélial primitif de la plèvre.

Homme, quarante-quatre ans, fort, tombe malade avec les signes d'un exsudat de la plèvre gauche. L'exsudat était remarquablement sanguinolent, couleur de sang veineux et contenait en outre des cellules graisseuses, un nombre assez grand de cellules en forme de massue qui étaient agglomérées ; en outre, il se développa une tuméfaction de la glande lymphatique de la clavicule gauche et l'on crut avoir affaire à une formation cancéreuse à la plèvre. A l'autopsie du malade, décédé après six semaines, on ne trouva pas de formation de tumeur à la plèvre. *Elle était changée en une couenne épaisse de 3 à 5 centimètres* de la même conformation que le péricarde. L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait de la maladie citée d'abord par E. Wagner ; ensuite par R. Schulz, Nelson, Bostroem et autres, et qui était le cancer endothélial ; dans la plèvre épaissie on trouva les vaisseaux lymphatiques et les fissures des tissus occupés par des cellules endothéliales. Elles étaient de forme cubique et avaient une conformation épithéliale parfaite. La glande lymphatique offrait les mêmes modifications, et il y avait tellement de nids de cellules, que la substance de la glande avait disparu. Dans la glande comme dans la membrane séreuse, le tissu interstitiel était épaissi. Les poumons et les autres organes semblaient intacts.

OBSERVATION IX

(Gouguenheim, *Société médicale des hôp.*, 20 mars 1886.)

Pleurésie hémorragique. — Cancer de la plèvre.

X..., soixante et un ans. Un mois avant son entrée à l'hôpital, éprouve une douleur de côté assez vive, qui s'accroît.

22 février. — Il entre avec une dyspnée très vive, douleur de côté un peu calmée. Thorax amplifié à gauche, absence de vibrations, matité absolue en arrière et en avant, silence complet, pas d'égophonie. Dans un point limité de l'aisselle, dyspnée énorme.

24 février. — Thoracentèse donne 1 litre de liquide sanguinolent.

27 février. — Aucune lésion du sommet droit ; on pense à une tumeur maligne de la plèvre ; une nouvelle thoracentèse donne 300 grammes. Mort.

Autopsie. — A droite poumon sain, le gauche est aplati, comprimé, adhérent à la plèvre ; cavité pleurale remplie de liquide hémorragique assez abondant.

Plèvre viscérale très épaissie, recouverte de caillot fibrineux, petits nodules, du volume d'un grain de chenevis dans le poumon.

Plèvre pariétale médiastine gauche, diaphragme épaissis, semés de produits blanchâtres variant du volume d'un grain de blé à celui d'une noisette, extrêmement abondant, surtout dans le sinus costo-diaphragmatique et au sommet.

A la coupe, suc blanchâtre, miscible à l'eau, tissu mollasse, d'aspect encéphaloïde ; ganglions péricarotéaux sont hypertrophiés et dégénérés. Face gauche du péricarde atteinte par les néoplasies. Tous les organes sont sains, sauf le rein gauche et le rein droit, parsemés par des nodules cancéreux saillant sur la capsule.

OBSERVATION X (résumée).

(Dutil, *Gazette médicale*, Paris juillet, 1887.)

Cancer primitif de la plèvre.

Début progressif par de l'amaigrissement depuis le mois de juin.
16 août. — Violent point de côté sous le sein droit, accompagné de dyspnée et de toux sèche. La douleur se calme, mais la dyspnée augmente. Œdème des jambes.

1^{er} septembre 1886. — Le malade entre à l'hôpital.

Pommettes injectées, lèvres cyanosées, distension des jugulaires, cyanose des extrémités, pouls petit. Le malade offre l'aspect d'un asystolique. A droite existe un épanchement caractérisé. Matité complète, abolition des vibrations à partir du deuxième espace intercostal jusqu'à la base en avant, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base en arrière, sonorité conservée dans la fosse sous-épineuse. Vibrations locales nettement perçues.

Cœur refoulé à droite.

Foie également abaissé.

Température axillaire 37°6. Toux sèche quinteuse. Expectoration muqueuse insignifiante.

Ponction de 1200 grammes liquide fortement hémorragique, rouge brun, opaque, formé de sang à peu près pur, fortement fibrineux. Après cette ponction, le liquide ne s'est pas reproduit. Pas de ganglions.

Du 1 au 14 septembre la température oscille entre 36°6 et 37°4. Le malade sort guéri en apparence à cette date.

A dater du 5 novembre apparition de la bouffissure du visage, des paupières qui prennent un teint violacé. Accès de suffocation.

Le malade rentre le 15 décembre même avec des signes d'asphyxie sans que l'épanchement se soit reformé.

Autopsie. — Pas trace de liquide dans la plèvre. Celle-ci est comblée par des adhérences et en avant par la présence d'une

tumeur développée aux dépens du feuillet antérieur de la plèvre. Elle forme une masse blanche indurée, cachant la presque totalité de la face antérieure du poumon droit et le péricarde lui-même. Elle est limitée en dedans par un bourrelet très net qui s'avance en recouvrant l'oreillette droite jusque sur le bord externe de l'infundibulum pulmonaire, en dehors adhère solidement à la paroi antérieure du poumon unissant les deux plèvres confondues entre elles formant une nappe néoplasique qui s'étend jusqu'à la ligne axillaire.

Le poumon refoulé n'est nullement envahi. Les ganglions du médiastin sont envahis par la tumeur.

Examen microscopique. — Stroma fibreux dont les mailles contiennent des éléments cellulaires de formes très diverses et à noyaux très réfringents, mais sur certains points les cellules se groupent en lobules arrondies et leur forme un peu généralement sphérique. Dans les plus volumineux de ces amas cellulaires, les cellules du centre ont subi la dégénérescence graisseuse.

CONCLUSIONS

I. En spécifiant par avance que le terme de cancer appliqué aux néoplasmes de la plèvre est pris dans le sens général et conventionnel de tumeur maligne, l'on peut grouper sous le titre de cancer primitif de la plèvre des productions de natures différentes parmi lesquelles le sarcome occupe le premier rang comme fréquence.

II. Les néoplasmes primitifs de nature épithéliale tels que le cancer endothélial ou endothéliome, des auteurs allemands, ne diffèrent pas sensiblement des précédents au point de vue de leur traduction macroscopique : l'épaississement lardacé uniforme et diffus de la plèvre se retrouve dans certains cas de sarcome primitif (obs. I).

III. Il est possible que les cas décrits comme des sarcomes primitifs se rapportent :

IV. Soit au cancer endothélial, soit au carcicome conjonctif.

V. L'histoire clinique du cancer primitif de la plèvre ne met en évidence aucun symptôme pathognomonique.

VI. Dans quelques cas, spéciaux jusqu'ici aux sarcomes de la plèvre, le développement de la tumeur en dehors de la cavité thoracique autorise un diagnostic.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET

Vu, bon à imprimer :
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LEPINE

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

TABLE

Avant-propos	5
Introduction et historique.	7
Anatomie pathologique.	15
Etude clinique	28
Diagnostic.	33
Pronostic.	38
Traitement	39
Observations.	40
Conclusions	73

